Fälle

von

künstlicher Frühgeburt

aus der

Bonner Klinik.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

bei der

hohen medicinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

eingereicht

im März 1895

von

Fritz Meissner

aus Essen a. d. Ruhr.

BONN,
Druck von A. Henry.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547409_0114

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet!

Ist schon der Arzt als solcher fast tagtäglich vor die Aufgabe gestellt, das ihm anvertraute Leben eines Menschen unter schwierigen Verhältnissen dem drohenden Tode zu entreissen, so ist es vor allem der Geburtshelfer, der nur allzu oft in die Lage versetzt wird, nicht nur eine Mutter vor Todesgefahren zu bewahren, sondern auch das junge Leben, das die Mutter auszutragen hofft, unter den für sie denkbar günstigsten Umständen dem Leben zu gewinnen. Da sind es nun vor allem die Missverhältnisse zwischen dem mütterlichen Becken und dem Kopfe des Kindes, mit denen der Arzt zu kämpfen hat und lange Zeit stand man der grossen Mortalität der Schwergeburten rat- und thatlos gegenüber.

Abortus erregende Mittel waren schonGriechen und Römern bekannt, die durch Einführen von spitzen Instrumenten und Pessarien die Zahl ihrer Kinder einzuschränken wussten; sonderbarerweise aber war es erst die zweite Hälfte des vorigen Jahrhunderts, die den Gedanken der künstlichen Frühgeburt in der Intention das Leben des Kindes auch samt dem der Mutter zu retten aufbrachte. Zuerst in die That umgesetzt wurde dieser Gedanke im Jahre 1756 in England von Denman, der bereits 12 Fälle mit glücklichem Ausgange veröffentlichte; unterstützt wurde er dann in seinem Vorgehen von vielen englischen Aerzten, besonders von Macaulay. Zunächst unternahmen dann in Frankreich Roussel de Vauselme und Le Vacher de Fentrie mit Glück diese Operation, wussten ihr aber keinen sicheren Boden in ihrem Vaterlande zu gewinnen. In Deutsch-

land war es dann Fr. Ant. May im Jahre 1799 (die Versuche J. P. Weidmanns sind wohl mehr als Versuche im Sinne des Accouchement forcé zu bezeichnen) und vor allem Prof. Dr. Wenzel in Mainz (1804—1817), die das Verdienst haben, hier bahnbrechend vorgegangen zu sein. Dass man dieser Operationsmethode von vielen Seiten misstrauisch entgegen kam und sie auch manche angesehene Aerzte unter die Zahl ihrer Gegner rechnete, besagen Namen wie James, Leighton, William(England), Baudelocque, Dubois, (Frankreich) und Osiander, Joerg (Deutschland). Die Einwürfe, die man seit dem Aufkommen dieser Methode gegen sie machte, beruhen teils auf rein medicinisch-praktischen Schwierigkeiten, teils — wie noch in jüngster Zeit — auf moralisch-rechtlicher Basis. Da ist es vor allem die schwierige Bestimmung der Beckenmaasse; indessen die Zahlen der Beckenmaasse besagen für sich allein doch nicht so viel als man gewöhnlich annimmt; und ferner sind es in der Hauptsache nicht Erst- sondern Mehrgebärende, die also einerseits dem Verlaufe ihrer Schwangerschaft — ein Beweis gegen den zweiten Vorwurf betreffs der Schwierigkeit der Zeitbestimmung — mit grösserer Aufmerksamkeit folgen, anderseits aus der Art der vorhergegangenen Geburten einen ziemlich sicheren Rückschluss auf die Beckenverhältnisse und eine annähernd sichere Prognose für den Verlauf der bevorstehenden Geburt gestatten. Die Schwierigkeit dagegen, die Grösse der kindlichen Kopfknochen zu bestimmen, ist oft nicht so gering; indessen berechtigt dieser Uebelstand — zumal sich die Kopfknochen des unreifen Kindes sehr leicht übereinanderschieben — durchaus nicht dazu, aus diesem Grunde die künstliche Frühgeburt als unbrauchbar zu verwerfen; klar ist es nur, dass natürlich wie bei jeder geburtshülflichen Operation so auch hier mit grosser Umsicht zu Werke gegangen werden muss. Dass auch Kirche und Staat sich mit einer für Mutter und Kind so segenbringenden Operation vom moralisch-recht-

lichen Standpunkte aus einverstanden erklären können, bedarf wohl kaum der Erwähnung; ebenso gut, wie auch aus einem zur Rettung des mütterlichen Lebens eingeleiteten künstlichen Abort oder einer eventuellen Perforation dem Arzte irgend ein moralisch-rechtlicher Vorwurf erwachsen kann. Daher ging man unentwegt vor, ermutigt durch die Erfahrung, dass ja zufällig zu früh geborene Kinder sich oft genug als lebensfähig erwiesen hatten. Und als dann gar die aseptische Zeit kam, wo die Mortalität im Mittel von 80 % auf 16 % sank, gewann die Methode der künstlichen Frühgeburt so an Freunden, dass man heutzutage wohl allgemein mit ihr in grösseren Kliniken und Krankenhäusern manche schwere Geburt umgeht. So hat sich diese Methode eingebürgert auch in der Privatpraxis, wo sie wie kaum eine andere Operation dem Arzte einen glücklichen Erfolg verheisst, und wäre es auch nur der Erfolg einer leichteren und ungefährlicheren Geburt.

Dass in dem mehr als 100jährigen wissenschaftlichen Streite diese Operation immer mehr an Anhängern gewonnen hat, ist eben ein Beweis für ihre Güte, und, sind auch die Wege, die zum Erfolge führten, sehr verschieden, so sind doch die Ansichten über die Indicationen zu künstlicher Frühgeburt fast ungeteilt. Bevor wir zur Betrachtung derselben übergehen, sei noch eine Statistik der Stuttgarter Frauenklinik erwähnt, die insofern von besonderer Bedeutung ist, als sie in richtiger Erkenntnis des grossen Wertes einer vergleichenden Statistik eine Parallele zieht zwischen den bei denselben Müttern erfolgten natürlichen rechtzeitigen Geburten und künstlichen Frühgeburten und deren Resultat veröffentlicht; da ergiebt sich denn: Bei 40 Entbindungen im Ganzen wurden bei den rechtzeitigen Geburten 32 tote und 8 lebende, bei den künstlichen Frühgeburten blos 5 tote, dagegen 21 lebende Kinder erzeugt.

Das grösste Contingent inbezug auf die Indication

stellen die Patientinnen mit Beckenenge, die zumeist auf rhachitischer Basis begründet ist. Unterscheidet man nach Schroeder 3 Grade von engen Becken (Conj. von 11—9½; Conj. von 9½—6½; Conj. unter 6½), so ist wohl nur für die beiden ersten Grade die Einleitung der künstlichen Frühgeburt indicirt, weil ja bei der letzten, hochgradigen Beckenverengerung der verbesserte Kaiserschnitt günstigere Resultate erzielt. Nicht weniger wichtig ist — wie schon oben erwähnt — die Bestimmung der Grössenverhältnisse des kindlichen Kopfes. Da nun überhaupt das Gewicht und die Grösse der Kinder mit der Anzahl der Geburten zunimmt, so ist es klar, dass die Kinder Mehrgebärender auch einen grösseren Querdurchmesser haben als die Erstgebärender. Nach Müller ist inbezug auf Grösse des kindlichen Kopfes die Indication zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt dann gegeben, wenn sich der Kopf recht tief ins Becken eindrücken lässt, ohne sich dabei über die Symphyse vorzuwölben. Wichtig ist es, vor der Einleitung sich mit dem Ehemanne inbetreffs der zeitlichen Zwischenräume der Coitus in's Einvernehmen zu setzen und auch die Frau zu Notizen über den Verlauf ihrer Schwangerschaft zu veranlassen; es ist dies ein Leichtes, da man eben meist Mehrgebärende in Behandlung bekommt, deren erste Geburt man vielleicht gar selber bereits behandelt hat. Dass Erstgebärende selten zum Arzt kommen, und die künstliche Frühgeburt einleiten lassen, liegt wohl daran, dass sie selbst nichts von einem engen Becken wissen, oder zu gleichgültig dagegen sind.

Geringer an Zahl, aber nicht an Bedeutung, sind die Fälle, in denen die künstliche Frühgeburt indicirt ist durch Krankheiten, die das mütterliche Leben in Gefahr bringen, Krankheiten, welche acut gerade durch den Einfluss der Schwangerschaft so gefährlich für die Mutter werden, dass ohne die Einleitung der künstlichen Frühgeburt Mutter und Kind verloren sind. In diese Rubrik gehören Circulations- und Respirationsstörungen

von Seiten des Herzens und der Lungen, Anämie, Eclampsie, ja selbst die misslichen Verhältnisse einer vollständigen Bewegungsunfähigkeit infolge solcher Krankheiten würde bereits genügen. Ferner ist man auch bei chronisch verlaufenden Krankheiten, wo die Patientin bei spontanem Geburtsverlauf das Ende der Schwangerschaft nicht mehr erleben würde, zur künstlichen Frühgeburt geschritten; dahin gehört z. B. besonders die Phtisis pulmonum, die ja überhaupt der Mutter jede Herbeiführung einer neuen Schwangerschaft verbietet. Jedenfalls ist diese Operation dem Kaiserschnitte post mortem entschieden vorzuziehen. — Das habituelle Absterben der Kinder vor der Geburt, das so mancher Mutter schwere Sorgen bereitet und die erhoffte Freude am Kinderglück versagt, zu verhindern ist ebenfalls auf dem Wege dieser Methode von recht gutem Erfolge gelohnt. Zum Schlusse sei noch erwähnt, dass auch bei zu lange sich hinziehender Wehenthätigkeit die Aerzte auf die künstliche Frühgeburt nicht ohne Berechtigung hingewiesen haben.

Dass natürlich die Männer der ärztlichen Wissenschaft auf den verschiedensten Wegen ihrem Ziele zusteuerten, ist klar, und so haben sich denn auch die verschiedensten Methoden ausgebildet, die alle im Princip durch Reizung der Uterusschleimhaut es auf die Erregung von Wehen absehen. Wenn auch keine Methode für sich allein das Recht beanspruchen kann, in jedem Falle ohne die Beihülfe einer anderen Methode wirken zu können, so nimmt doch wohl die erste Stelle unter diesen Methoden jedenfalls noch immer die Einführung eines Bougie's zwischen Uterus und Schleimhaut nach Krause ein. Sehr viele Kliniken, u. a. Bern, Berlin, Marburg, Lüttich, Christiania Königsberg, Heidelberg, Wien, Brüssel, Leipzig benutzen bei ihren Operationen in diesem Sinne stets das Bougie und greifen erst bei Erfolglosigkeit desselben zu anderen Methoden. Um so lieber greift der Arzt eben zum Bougie, als es

ein einfaches, aktionssicheres, meist schnell wirkendes und vor allem unschädliches Mittel ist und je nach Zahl der Bougie's in seiner Wirkung verstärkt oder abgeschwächt werden kann. Erfahrungsgemäss wirkt zuweilen nur dort das Bougie nicht, wo durch den electrischen Strom, oder durch Kiwisch'sche Uterusdouchen die Reizbarkeit der Uterusschleimhaut vorher herabgesetzt ist. Eine Erweiterung des Cervicalkanals mit Pressschwämmen vor Einführung des Bougie's hat sich in Lüttich sehr bewährt. Anderseits wird von vielen Aerzten das Bougie als vorbereitendes Mittel angewandt, so auch in Marburg und in Moskau vor der Uterusdouche oder der Einführung eines Kolpeurynters. — Gleich beliebt sind dann noch in jetziger Zeit die aufsteigende Uterusdouche nach Kiwisch und die Jodoformgazetamponade; erstere Methode wird entweder für sich allein, oder meist unterstützend mit anderen Methoden zusammen angewandt. Fehling war es ein Leichtes, in seinen Fällen durch Einführung von 6 — 12 Liter sterilen lauwarmen Wassers einen Durchgang für zwei Finger in 3 — 8 Tagen zu erreichen, und er benutzte daher diese Art der Vorbereitung auf die Tamponade den Kolpeurynter fast stets. Fritsch befürwortet die Verbindung der Krause'schen Methode mit Jodoformgazetamponade. Mit einer Modification der Kiwisch'schen Methode hat man in Hamburg recht hübsche Erfolge erzielt, mit der sogenannten Wechseldouche (Dreiweghahn; 1¼ m. Fallhöhe; 1) ¾ Liter warmes, dann 2) 1½ Liter Wasser von 6° R., in 1 Sitzung 3 Eimer). In Wien wurden mit Erfolg statt des Jodoformtampons lauter kleine Jodoformstifte angewandt. — Eine andere auch vielfach angewandte Art der Tamponade ist die mit dem Kolpeurynter, dessen oben bereits Erwähnung gethan wurde. Auch hier seien Modificationen wie der Braun'sche und Champetier-de-Ribes'sche Ballon vermerkt; als Füllung dient heisses Wasser oder eine

Lysollösung. — Die Anwendung der mechanischen Erweiterung nach Brünninghausen-Kluge scheint in der Abnahme begriffen; man greift dann zu Pressschwämmen ohne oder in Condomen. — Der Eihautstich, wie ihn Scheele zuerst zur Anwendung brachte, ist wohl nur da zu empfehlen, wo es sich unbedingt um möglichst schnelle Entleerung des Uterus handelt; der Eihautstich nach Meissner ist wegen der schwierigen Desinfection des dazu gehörigen Instrumentes wohl kaum erspriesslich. — Mehr Freunde hat heutzutage noch die Katherisatio uteri. — Vom electrischen Strom und inneren Mitteln wie Pilocarpin und Hydrastis Canadensis ist man bereits wieder abgekommen. Zum Schlusse sei noch hingewiesen auf die von Frank und Pelzer in Köln a. Rh. aufgeworfene Frage der intrauterinen Injection von etwa 100 ccm. Glycerinum purum. Wenn schon diese beiden Aerzte auf gute Erfolge zurückblicken können und auch an andern Orten wie in New-York eine segensreiche Anwendung von dieser Art der Reizung gemacht ist, so haben doch Misserfolge, besonders Intoxicationen, wie sie Pfannstiel in Breslau erlebt hat, die Aerzte diese Methode zunächst noch mit recht misstrauischen Augen ansehen lassen, zumal sie sich wohl kaum veranlasst sehen, die altbewährten Methoden wie die Bougieeinführung, mit der doch immerhin noch unsicheren neueren Methode der Glycerininjection zu vertauschen.

Dies die Methoden! Inbetreff des Zeitpunktes muss man vorausschicken, dass, wenn man sich auch im allgemeinen über einen bestimmten Zeitpunkt einig ist, man doch bei den einzelnen Indicationen sich in der Zeit nach der Sachlage des jedesmaligen Falles richten muss. Man soll daher wenn möglich nicht vor der 34. Woche eingreifen; besser ist es noch, wenn man als untere Grenze die 36. Woche festhält; denn, je unreifer die Frucht ist, desto geringer ist natürlich ihre Widerstandskraft gegen die Einflüsse während und nach der

Geburt. Auch nicht zu spät darf man einleiten, damit die Frucht nicht, zu gross geworden, den Durchtritt erschwert. —

Was den Ort der Einleitung anlangt, so verheisst Fritsch der künstlichen Frühgeburt einen Eroberungszug auch in der Privatpraxis, während Fehling sich der Ansicht nicht verschliessen kann, dass sie sich den gebührenden Platz in der Privatpraxis nicht so schnell erwerben wird, weil sie bei den besseren Verhältnissen der Anstalten weit mehr in klinische Behandlung zu kommen berechtigt sei.

Nach diesem Einblick in die Entwicklung und den wissenschaftlichen Stand der so wichtigen und so interessanten Frage der künstlichen Frühgeburt seien die in den Jahren 1887—94 in der Bonner Universitätsfrauenklinik damit gemachten Versuche in folgendem Berichte angeführt:

Von Einzelfällen sind erwähnenswert:

Fall I. (VIII. 87).

Anamnese.

Vater und Mutter der Patientin sind phtisisch. Vater bereits an Phtise gestorben. Patientin lernte im 4. Jahre laufen und war stets kränklich. Sie ist III-gravida. Ihre Menses hatte sie vom 18. Jahre an regelmässig, alle 4 Wochen, 6 Tage dauernd.

Ihre 1. Geburt brachte ohne Kunsthülfe ein totes Kind zur Welt; bei der 2. Geburt wurde gleichfalls trotz angewandter Wendung nur ein totes Kind erzielt.

Status praesens: Patientin ist sehr klein: von Rhachitis ist nichts nachzuweisen. Die Beckenmaasse sind:

Sp. 24	Diagnose:
Cv. 26	32 Woche;
Diag. int. 9	
„ ext. 17	II. Beckenendlage.
Conj. vera $7^1/_2$	

Verlauf:

24 Tage nach ihrer Aufnahme, am 29/8., wurde nach der Krause'schen Methode die künstliche Frühgeburt eingeleitet.

Morgens 10^{30}:

Nachmittags 3^{15}: die ersten Wehen.

Abends 10^{15}: schreitet man, da Herztöne 172 und Wehen erfolglos sind, zur Extraction und um 11^{00} wird ein asphyktisches Kind geboren, das leider am 1/9. an Schwäche starb.

Erfolg: Das Kind gestorben. Die Mutter wurde nach normalem Wochenbett gesund entlassen.

Fall II. (31/12. 87).

Anamnese:

Patientin ist 30 Jahre alt, seit 14 Jahren verheirathet. Ihre Menstruation trat vom 16. Jahre ein, regelmässig alle 4 Wochen dreitägig; die letzte war Mitte Juni; die erste Kindbewegung am 19/9. Patientin ist V-gravida.

1. Ehe: 1. Geburt: Zange, Kind tot.
   2. „ Zange, Kind lebt noch.
2. Ehe: 3. „ Zange, Kind todgeboren.
   4. „ Wendung, Kind todgeboren.

Status praesens. Patientin ist gracil, anämisch und fettarm. Die Beckenmaasse sind:

Sp. 27,5	Diagnose:
Cr. 26,5	33. Woche;
Diag. ext. 17,5	
„ int. 9,5	II. Schädellage.
Conj. vera 8.	

Verlauf: Am 22/12.: 1^{00}: Einlegung eines Bougie's zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

22.: 5^{00}—8^{30} früh: schwache Wehen.

11^{00}: Herztöne 157. Das geknickte Bougie wird nachgesehen und wieder hineingethan. Muttermund für 2 Finger durchgängig.

5^{45}: Seit 1^{00} etwas stärkere Wehen.

23.: Bougie entfernt; Herztöne 120.

24: Vaginalirrigationen mit Sublimat erfolglos.

Nach 3tägiger Pause am:

29.: Einlegung eines halb so dicken Bougies.

30.: Einlegung 2 dünner Bougies. Danach Nachts mässige Wehen.

31.: Muttermund 7,5. — Die 2. Schädellage wird in 1. Beckenendlage umgewandelt. Blase wird gesprengt und der vordere Fuss heruntergeholt. — Da sich besorgnisserregende Verlangsamung der Herztöne zeigt, wird die Extraction gemacht.

Erfolg: Das Kind wird asphyktisch mit einer nierenförmigen Impression des rechten Scheitelbeins geboren und stirbt eine Stunde post partum. — Die Mutter wird am 10. I. entlassen.

Fall III: (21. 3. 88)

Anamnese:

Pat. ist 32 Jahre alt und seit 10 Jahren verheiratet. Mit 3 Jahren lernte sie laufen, und ist X-gravida. Bei der 1. Geburt musste Perforation, bei der 2. Kranioklasie angewandt werden. Auch die übrigen Kinder sind alle gestorben, das letzte an Hydramnios. — Am 24. Juli hatte sie die letzte Regel.

Status präsens:

Nur die Querstellung der Zähne lässt den Gedanken an Rachitis zu. Die Beckenmaasse sind:

Sp. 27 ctr. 28 Diag. int. 9,5 „ ext. 17,5 Conj. vera 8	Diagnose: 33. Woche; I. Schädellage.

Verlauf:

ctm. 15. 3.:

10^{30} M., Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Einlegung eines Bougies. Herztöne 128.

5^{00} Herztöne 160.

16.: 9^{00}, Einführung eines neuen Bougies bis an den Knopf in rechter Seitenlage.

17.: 5^{00}: Einführung eines neuen Bougies links vorne.

18.: 12^{00}: 2. Bougie.

20.: 9^{00}: 3. Bougie. Geringer Blutabgang.

10^{00}: Wehen.

8^{00}: plötzlich Blutung von $^1/_2$ L, die aber spontan steht. — Kräftige Wehen setzen ein; die Blase ist prall vorgewölbt und

21.: 3^{00} M.: springt sie. — Man findet das Vorderhaupt gesenkt und die grosse Fontanelle links, ausserdem eine Kopfgeschwulst.

4^{00} M.: spontane Geburt; der Kopf tritt in Vorderscheitellage rasch durchs Becken.

Erfolg:

Das Kind schreit, stirbt aber leider am 1./4. an einer Nabelschnurphlegmone.

Die Mutter wird nach 10 Tagen gesund entlassen.

Fall IV. (9. IV. 88)

Anamnese:

Die 29jährige Patientin ist seit 4 Jahren verheirathet; ihr Vater ist an Phtise gestorben; sie selbst hat mit 3 Jahren laufen gelernt und die englische Krankheit durchgemacht; sie ist IV-gravida.

Bei der 1. Geburt: kam es nach 4 eclamptischen Anfällen zur Perforation; bei der 2. Geburt erfolgte in der 32. Woche durch künstlich eingeleitete Frühgeburt die spontane Ausstossung eines amaurotischen Kindes in Kopflage.

Von den Zwillingen der 3. Geburt, einer spontanen Frühgeburt, starb der erste nach 2, der zweite nach 3 Tagen.

Status praesens: Bei der Patientin finden sich über der linken Lunge Rasselgeräusche und rechts und links in den Spitzen bronchiales Exspirium.

Die Beckenmaasse sind:

Sp. 25	Diagnose:
Diag int. 8,5	33. Woche:
„ ext. 17,0	
Conj. vera 7,5	II. Schädellage.

Verlauf: 5/4. Einlegung eines Bougie's.

6.: Nachts kräftige Wehen: Orif. int. und ext. für 2 Finger durchgängig.

7.: Abends: Entfernung des Bougie's.

8.: 9^{00}: 2 neue Bougie's: Perforation der Eihäute: reichlicher Fruchtwasserabfluss.

5^{00}: Da die Wehen nachgelassen haben, Einlegung eines Kolpeurynters, gleichzeitig um einen weiteren Wasserabfluss zu verhindern.

9.: Nachts häufige und starke Wehen: 3tes Bougie und Colpeurynter. Herztöne 148.

3^{00} N.: Presswehen.

3^{30}: Bougie und Kolpeurynter herausgeschleudert und Geburt des Kindes, $1^1/_2$ Stunden später der Placenta.

Erfolg: Das Kind schreit, hat eine grosse Kopfgeschwulst, Verschiebung der Scheitelbeine und rote Hautstreifen.

Am 22/4.: Entlassung von Mutter und Kind, das Kind litt an Icterus und 9 Tage an Ophtalmoblennorrhoe, wiegt jetzt 2400 gr. und wird mit der Brust ernährt.

Fall V (18. 1. 90.)

Anamnese:

Patientin hat vom 19. Jahre an ihre Menses, regelmässig alle 4 Wochen etwa 3–4 Tage lang. Die letzte Menstruation war am 27/4. und dauerte 3 Tage, die erste Kindsbewegung am 20/9. Sie hat spät laufen gelernt, ist jetzt 32 Jahre alt und I-gravida.

Status praesens; Patientin ist schwächlich und zeigt zwischen Rippen und Rippenknorpeln Verdickungen; ferner hat sie ein doppeltes Promontorium; der Uterus ist drei Finger unter dem Sternum; Herztöne 144. Die Beckenmaasse ergeben:

Sp. 49.	
Cr. 24½	Diagnose:
Diag. ext. 17½	
„ int. 9¾	34.—36. Woche.
Diam. obl. dext. 18	Ib.-Schädellage?
„ „ sin. 18	

Verlauf:

Am. 14. 1. 10^{30}: Einlegung eines Bougie's und Jodoformtamponade. Sofort nach der Einführung Abfluss von Fruchtwasser.

15. 1. 10^{00}: 2tes Bougie.

3^{00}: Kräftige, aber seltene Wehen.

16.: Einlegung von noch 2 Bougie's.

17.: Oedematöswerden der Genitalien. Herausnahme aller Bougies. — Alle 5 Minuten ziemlich starke Wehen.

8^{00}: Orif. ext. 2-Markstücke gross. Der Kopf steht fest im kleinen Becken.

18.: Muttermund 2 cm.; starke Kopfgeschwulst und Verschiebung der Hinterhauptsschuppe unter die Seitenwandbeine zu constatieren. — Herztöne 128. — Die kräftigen Wehen werden Mittags schwächer, daher Anlegung der Zange beschlossen.

2^{30} Nm.: Beginn der Zangengeburt unter Chloroformnarkose.

3^{45}: Geburt in I. Vorderscheitellage.

Erfolg: Das sehr asphyktische Kind wird durch Schwingungen ins Leben zurückgerufen und zeigt eine rechtsseitige Facialislähmung.

Am 9. 4. werden Mutter und Kind entlassen; erstere, welche bis zum 27./4. an Parametriumschmerz

litt, mit einem gut geheilten Dammriss, letzteres 4000 gr. schwer, mit Flasche und Brust ernährt.

Fall IV: (22. 1. 90)

Anamnese:

Die verheiratete Patientin ist 35 Jahre alt, lernte im 3ten Lebensjahre laufen und litt stets an Rachitis. Menstruation erfolgte seit dem 18. Lebensjahre, war regelmässig und dauerte, vierwöchentlich auftretend, 8 Tage; die letzte war Mitte Mai und dauerte 12 Tage. — Sie ist XII-gravida; die sämmtlichen voraufgegangenen Geburten bedurften der Kunsthilfe (Wendung, Perforation, bei der 10. künstliche Frühgeburt), ohne jedoch ein lebendes Kind zu erzielen.

Status präsens:

Patientin ist klein und gracil gebaut: sie zeigt Queröffnung der Zähne und Rosenkranz. Der Fundus steht 3 Finger unter dem Rippenbogen: die Herztöne sind 136. Bemerkenswert ist, dass der 2te und 3te Kreuzbeinwirbel stark hervorspringen.

Verlauf:

20./1.: durch äussere Wendung wird eine Steisslage hergestellt. Bald treten schwache Wehen auf.
Nachm.: stärkere Wehen; Frucht sehr beweglich: Portio aufgelockert. Muttermund 3-Markstück gross. Die Blase ist während der Wehe stark vorgewölbt; ein harter Kindesteil ist durchzufühlen.

21.: 9^{00} V.: Wehen geringer.

22.: 9^{00} V.: Wehen fort, Blase nur noch wenig sich spannend. Einlegung eines Bougies.

5^{55} N.: Blasensprung ohne vorhergegangene Wehen, Kopf und eine Hand vorliegend. Herztöne nur schwach über dem Nabel vernehmbar.

Es wird zur inneren Wendung auf den Fuss und Extraction geschritten. Die Durchleitung des Kopfes durch den Beckeneingang ist mit Schwierigkeiten verknüpft; der Durchtritt erfolgt im schrägen Durchmesser.

Erfolg: Die Wiederbelebung des asphyktisch geborenen Kindes scheitert. Die Mutter wird am 4./2. gesund entlassen.

Fall VII. (23/12. 90).

Anamnese:

Die 37jährige Patientin lernte mit 1¼ Jahren laufen, hat Dysenterie und Pneumonie durchgemacht und leidet seit 5 Jahren an Struma. — Sie ist VI-gravida, von der ersten Geburt ist das Kind an Gehirnerschütterung, von der zweiten nach 2 Tagen an Krämpfen, von der dritten nach 6 Wochen an Krämpfen gestorben. Die Kinder der vierten und fünften Geburt leben und sind gesund. Die vom 15ten Jahre an aufgetretene Menstruation war stets unregelmässig, alle 3—4 Wochen, 5—6 Tage dauernd, die letzte war anfangs April und währte 8 Tage. Die erste Kindsbewegung war nach 4 Monaten verspürt worden.

Status praesens.

Patientin zeigt beiderseitiges Struma mit Stridor und Atemnot. Der Fundus ist handbreit unter dem Sternum. Herztöne 136 links unterhalb des Nabels. Os ext. und int. für 2 Finger durchgängig.

Diagnose: 37.—38. Woche. I. Schädellage.

Verlauf:

Am 23./12. entschliesst Patientin sich wegen starker Atemnot zur künstlichen Frühgeburt.

4^{30} Nm.: Einführung eines elastischen Katheters zwischen Uterus und Eihäute.

10^{30}: Häufiges Auftreten mässiger Wehen. Muttermund 5-Markstückgross. Blase in der Wehe stark vorgewölbt. Pfeilnaht im 1. Durchmesser.

11^{45}: Anhaltende sehr starke Wehen, Entfernung des Katheters. Der Kopf fest im Beckeneingang, grosse Fontanelle rechts hinten, Herztöne 120. — Wenig Vorwasser, geringe Verwölbung der Blase

Erfolg: 1^{00}: Das Kind wird nach der Blasensprengung vor die Scheide geboren und schreit sehr, es wiegt 3080 gr. und ist 50,5 cm. lang. Die Placenta wird nach Credé geboren, die Dyspnoe ist sehr stark.

6./1.: Mutter mit geringer Dyspnoe, sonst gesund entlassen, das Kind verlässt gleichfalls gesund, mit der Brust ernährt, 3000 gr. schwer, die Klinik.

Fall VIII. (17. I. 91)

Anamnese:

Die Mutter der Patientin ist an Phtise gestorben, sie selbst war stets gesund und ist III-gravida. Ihre Menses begannen mit dem 18. Jahre, waren regelmässig und traten alle 4 Wochen in zehntägiger Dauer auf. Die letzte Menstruation war am 14./5., die erste Kindsbewegung nach $4^1/_2$ Monat. Bei der ersten Geburt kam es zur Zange, bei der zweiten zur Wendung und Extraction; beide Kinder starben direkt nach der Geburt.

Status praesens:

Patientin ist mässig kräftig und zeigt ein starkes pectus carinatum. Der Uterus steht 3 Finger über dem Nabel, der Kopf beweglich über dem Becken.

Diagnose: 33.—34. Woche. II. Schädellage.

Verlauf:

Am 15./1. 10^{00}: Einlegung eines Bougies. Herztöne 140.

6^{00}: Wehen noch nicht eingetreten.

16.: Beim Touchiren ist eine Hand zu fühlen.

3^{00}: Gegen Abend häufige und stärker werdende Wehen.

6^{00}: Os ext. handtellergross.

10^{00}: Die Blase stellt sich während der Wehe.

17.: Der Muttermund ist fast verstrichen; die Blase ist auch in der Wehenpause vorgewölbt.

In Narcose wird die Wendung gemacht und werden beide Füsse heruntergeholt; der Rumpf folgt und die Armlösung ist leicht, schwieriger die Kopflösung.

Erfolg: Das Kind ist leicht asphyktisch; 5 Min. nach der Geburt wird die Placenta nach Credé geboren; zum Schluss werden heisse Scheidenausspülungen gemacht.

Am 2. 2. werden Mutter und Kind entlassen, die Mutter in gutem Ernährungszustand; das Kind, 2950 gr. schwer, mit der Mutterbrust ernährt.

Fall IX. (16. I. 91.)

Anamnese:

Die unverheiratete Patientin ist 23 Jahre alt und lernte spät laufen. Ihre Menstruation, vom 19. Jahre an, war stets regelmässig, 4-wöchentlich 3 Tage dauernd; die letzte war Ende Mai gleichfalls 3 Tage; die 1. Kindsbewegung nach $1^1/_2$ Mon. Sie ist II-gravida; bei der 1. Geburt wurde ohne Kunsthülfe ein lebendes Kind geboren, das noch gesund ist.

Status praesens am 3. 1.:

Patientin ist mässig kräftig; beiderseitig ist ein Genu valgum, ausserdem leichter rhachitischer Rosenkranz und leichte Skolione in Hals- und Brustwirbeln. — Der Fundus steht 4 Finger über dem Nabel und der Kopf sehr beweglich über dem Beckeneingang; die Beckenmaasse sind:

Sp. $25^1/_2$ cm. Cr. 29 Diag. ext. $29^1/_2$	Diagnose: 32—33 Woche; I. Schaedellage.

Am 14. 1. ist die Temp. 39,1. Auf der r. hint. Lunge ist Dämpfung, ferner sind Reibegeräusche und abgeschwächter Pectoralfremitus nachzuweisen. Da Palpation schmerzhaft ist, wird eine Eisblase aufgelegt. Abends ist die Dämpfung bis zur 4—5. Rippe gestiegen; auswurfloser Husten und Kopfschmerzen sind aufgetreten.

15.: Temp. 37,8. Auch links Reibegeräusche; starke Dyspnoe quält die Patientin; sehr frequenter kleiner Puls.

Mittags: Temp. 39,2.

Abends: hämorrhagischer Inhalt der Pleura constatiert;

Daher: Einlegung 2er Bougies zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

11^{30}: Allmählicher Beginn der Wehen;

16.: 3^{00}: starke Wehen, Blasensprung; 1 Bougie wird entfernt.

8^{00}: schwache Wehen. — Einlegung zweier neuer Bougies und eines mit heissem Wasser gefüllten Colpeurynters. — Patientin zeigt starke Dyspnoe, Trachealrasseln, kleinen Puls (120), Temp., 37,3 und erhält Wein, Cognac und Milch.

1^{00}: Entfernung des Kolpeurynters, Muttermund 2-Markstückgross. Wehen schwach, Trachealrasseln sehr stark, Puls 120—140, Herztöne normal.

3^{00}: Herztöne nur noch dumpf; Muttermund 3-Markstückgross.

Entfernung der Bougies, Wendung. Beim Eingehen der linken Hand springt die Blase. — der rechte Fuss wird leicht heruntergeholt; die Lösung des linken Beines

macht etwas Schwierigkeiten, leichter geht die Arm- und Kopflösung vor sich.

Erfolg: Das leicht asphyktische Kind stirbt am 17. 1. Ueber die Mutter fehlen weitere Krankenberichte.

Fall X, (12. 2. 91.)

Anamnese:

Patientin ist unverheiratet, mit 15 und 19 Jahren hat sie eine Lungenentzündung durchgemacht; sie ist I-gravida und hat Menstruation vom 17. Jahre an unregelmässig alle 5—6 Wochen 4—5 Tage dauernd; ihre letzten Menses Ende Juli währten 8 Tage; die 1. Kindsbewegung wurde nach 4½ Monaten verspürt.

Status praesens: Patientin ist schmächtig; der Fundus steht 4 Finger über dem Nabel, Herztöne sind 140 links vom Nabel zu hören, das Os externum ist für die Fingerkuppe durchgängig.

Die Beckenmaasse ergeben.

Spinae 26	Die Diagnose ist:
Cristae 29½	
Obl. sin 22	28—30. Woche: Querlage.
„ dextr. 23½	

Verlauf:

9. 2.: tritt Schüttelfrost auf; links unten ist Dämpfung mit Knisterrasseln; das Sputum ist rostbraun; Puls 120, Temperatur 38°,4.

11.: Auch links vorne ist Dämpfung mit Knisterrasseln.

Nachm. ist die Temperatur 38°,4 und wegen zunehmender Dyspnoe wird zur Einleitung der künstl. Frühgeburt

8^{30}: 1 Bougie eingeführt;

9^{00}: Leichte Wehen.

12.: 1^{00} N.: Muttermund 3-Markstückgross; Blase vorgewölbt; im Beckeneingang ist ein beweglicher Kopf zu fühlen.

9^{00} N.: kräftige Wehen.

12^{50} M.: In der „Glückshaube" wird eine weibl. Frucht in Schädellage geboren.

12^{35} M.: Geburt einer Frucht von gleicher Länge und gleichem Gewicht (1050 gr.) gleich darauf wird die Lösung des am inneren Muttermund erhaltenen Placentarteiles vorgenommen.

Erfolg: Die Kinder sind beide nach 2 Stunden gestorben.

Bei der Mutter zeigt sich am

14.: überall grossblasiges Rasseln.

2^{00} Nm.: Schüttelfrost: Temp. 39°3, Puls 176.

6^{30}: Puls 180: Patientin ist sehr unruhig.

7^{00}: Cheinestoke'sches Atmen.

7^{30}: Exitus letalis.

Fall XI. (17. 7. 91.)

Anamnese:

Der Vater der 37-j. Patientin ist gesund, ebenso ihre Geschwister. Ihr Vater ist gestorben. Sie selbst war stets gesund, hatte vom 18. Jahre an regelmässig ihre Menses, alle 3 Wochen 3—4 Tage dauernd; die letzten waren am 23. 11., 2 Tage lang; die 1. Kindsbewegung Anfangs April. Sie ist verheiratet und VI-gravida.

Die ersten 4 Geburten erzeugten noch lebende Kinder; nur das erste Kind ist $2^1/_2$ Jahr alt einer Phtise erlegen; die 5. Geburt war eine Frühgeburt im 4. Monat während einer Bahnfahrt.

Status praesens:

Patientin ist gracil gebaut, ziemlich gut genährt; über den Lungen findet sich vereinzelt Rasseln. — Der Fundus steht 3 Finger unter dem Sternum; Herztöne sind 140 rechts von der linken Mittellinie unter dem Nabel.

Die Maasse ergeben:

Sp. 25	Diagnose:
Cr. 29	
Diag. ext. 21	35.—36. Woche;
Diam. obl. sin. 22.	II. Schieflage.
„ dext. 22.	

Da beide Scheidewände mächtig prolabiert, arrodiert und mit schmierigem Belag bedeckt sind, wendet man eine antiseptische Ausspülung mit schwacher Carbollösung und Puder an.

Verlauf:

Patientin entschliesst sich wegen Unfähigkeit zu jeder Bewegung zur künstlichen Frühgeburt:

Am 15./8. werden, nachdem nicht mehr nässende Excoriationen mit Schorf sich in der Scheide gebildet,

4^{00} Nm.: 2 Bougies unter Führung eines Alandrins in den Cervix zwischen Eihäute und links Uteruswand eingeschoben und durch Binden um den Leib befestigt.

6^{00}: schwache Contractionen.

8^{00}: etwas mehr Contractionen, aber keine eigentlichen Wehen.

11^{00}: Alle 10 Min. geringe Wehen.

16. 1^{00}: Alle 5 Minuten Wehen, Uterus gut contrahiert, Urin wird durch den Katheter entleert.

9^{00} V.: Scheidenausspülung, Herztöne normal.

6^{00} Nm.: Wehen aus, Bougies entfernt. — Reichlicher Abgang von wenig blutigem Schleim. Muttermund Zehnpfennigstück gross.

Cervix und Scheide werden unter Anziehung der Portio mit der Kugelzange mit Jodoformgaze austamponiert.

10^{00}: geringe Wehen, Urinentleerung per Kathetram.

17. 1^{00} N.: Alle 10 Minuten für die Frau ziemlich schmerzhafte Wehen, Lagerung auf die linke Seite. Herztöne gut.

8^{00} V,: Wehen schwächer.

11^{00} V.: Wehen fort. Spontaner Stuhlabgang. Urin per cathetram entleert. Tampon als nutzlos entfernt. Muttermund 2 bis 3-Markstück gross.

Nun wurde die aufsteigende Uterusdouche nach Kiwisch-Blot angewandt, also man liess heisses Wasser von 39° unter ziemlichem Druck auf das untere Uterinsegment wirken.

11^{30} V.: Bereits traten ziemlich starke Contractionen auf.

12^{00} V.: Wehen alle 5—10 Minuten mit Nutzeffekt, die Frau wird auf die Seite gelagert, damit der Kopf ins Becken treten kann.

1^{15}: Blasensprung.

1^{20}: Durchtritt des Kopfes.

Erfolg: Das Kind atmet gut und schreit laut und kräftig. Bei der Mutter ist der Uterus gut contrahiert und der Prolaps bedeutend zurückgetreten.

29./7.: Mutter und Kind werden gesund entlassen, das Kind wiegt 2770 gr. und wird an der Brust ernährt.

Fall XII. (8. III. 92).

Anamnese: Die Eltern und 4 Geschwister der 22jährigen Patientin sind gesund, sie selbst hat früh laufen gelernt, ist verheiratet und I-gravida. Seit September 91 leidet sie an Husten, seit 3 Wochen angeblich an Lungen- und Rippenfellentzündung. Seit 2./3. wird sie in der medicinischen Klinik an Phtise behandelt. Ihre Menses traten mit dem 18. Jahre regel-

mässig alle 4 Wochen 8 Tage dauernd auf, die letzten vom 23. 8. an 8 Tage; die erste Kindsbewegung wurde nach 4½ Monaten bemerkt.

Status praesens:

Patientin ist kachektisch; rechts oben in der Lungenspitze und rechts unten ist Dämpfung, zahlreiche Rasselgeräusche; auch in der tiefstehenden linken Lungenspitze finden sich Rasselgeräusche. Ferner ist Dyspnoe vorhanden und im Urin Eiweiss. — Der Fundus steht 4—5 Finger über dem Nabel; Herztöne sind rechts zu hören.

Diagnose: 7—8. Monat; Beckenendlage.

Verlauf:

7. 3.: Abends Temp. 38°,8, Puls 130. Klysma.

8. Mgs. Temp. 39°,3. Klysma, ohne Erfolg; Glycerin ins Rectum und nochmaliges Klysma.

Einführung eines elastischen Bougies zwischen Eihäute und Uteruswand und eines kleinen Jodoformtampons in die Scheide.

Temp. 39°,1. Codein 0,02, da Klagen über Atemnot laut werden.

9^{03} V.: Muttermund 10-Pfg.-stück gross; durch die schlaffe Blase Steiss und kleine Teile zu fühlen. — Temp. 38°,6, Puls 130.

10^{00}: Einlegung eines neuen Bougie's, da das alte fast ganz herausgedrängt ist.

11^{00}: Muttermund 5-Markstück gross. Künstliche Blasensprengung. Die Füsse lassen sich in die Scheide ziehen; Armlösung mühelos; Kopf durch „Veit-Smeli" geboren.

Erfolg: Das asphyktische Kind schreit leise, auf Hautreize reagierend; das Herz schlägt nach ½ Stunde.

Die Mutter erhält Secali cornuti Kohlmanni 15,0; heisse Scheidenausspülung; Erg. dialys. 0,2. — Durch Auflegen von Eis auf den Leib steht die Blutung.

Abds.: Temp. 39°,3. Puls klein; Dyspnoe, Codeini 0,02.

9⁰⁰: Aether und Morphium.

13. 3. Mutter als Phtisica entlassen, Uterus gut contrahiert.

Kind gest. 9. 3.; es wog 1500 gr.

Fall XIII. (2. 4. 92.)

Anamnese:

Der einzige Bruder und der Vater der Patientin lebt, die Mutter ist an Carcinoma uteri gestorben. Sie selbst war angeblich stets gesund, hat aber erst mit 5 Jahren laufen gelernt. Ihre Menstruation hatte sie vom 18. Jahre an alle 4 Wochen regelmässig bei 6—7-tägiger Dauer, die letzte Ende Mai, die 1. Kindsbewegung am 18. 11. Sie ist 28 Jahre alt und I-gravida.

Status praesens:

Patientin ist ziemlich kräftig, hat einen rachitischen Rosenkranz und leichte Skoliose im Brustteil der Wirbelsäule. — Der Fundus steht 1 Handbreit über dem Nabel; die Herztöne sind rechts zu 144 Schlägen zu hören.

Das Os. ext. ist für den Finger zugängig, der Kopf in der Höhe des Beckeneinganges leicht beweglich. Die Beckenmaasse sind:

Sp. 23½	
cr. 26	
Diag. ext. 20	Diagnose:
„ int. 20	Ende der Schwangerschaft.
Diam. obl. sin. 8	
„ dext. 23	I. Schädellage.
Beckenausg. qu. 8.	
„ gerade 8.	

30./3.: Da kaum Wehen vorhanden sind, zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt Einlegung eines elastischen Bougies und Colpeurynters.

31.: Während der Nacht treten nur selten leichte Contractionen auf.

1./4. 1^{00} M.: Entfernung des Kolpeurynters, Füllung desselben und Wiedereinlegen. Das Os ext. ist 1-Markstück gross, Herztöne gut.

8^{30}: Bougie entfernt.

2. 4^{00}: Muttermund Drei-Markstück gross, Wehen seit 5 Stunden etwas kräftiger.

12^{15}: Herausnahme des Kolpeurynters.

1^{30}: Wehen kräftiger. Blasensprung. — Wenig Fruchtwasser, Muttermund völlig erweitert.

2^{30}: Wehen alle 3—4 Minuten kräftig, der Kopf ist in der Vulva, verschwindet aber wieder, da die Wehen nachlassen. — Daher wird der Kopf durch Druck vom Rectum aus mittels Zeigefinger fixiert gehalten.

Durch Ritgen'schen Handgriff und Zurückstreifen des Dammes geht die Entwickelung vor sich.

Erfolg:

Das Kind schreit kräftig; die Placenta wird 2 Stunden darauf nach Credé entfernt.

12. 6. werden Mutter und Kind gesund entlassen; das Kind wiegt 2500 gr. und wird mit der Brust ernährt.

Fall XIV. (27. IV. 92.)

Anamnese:

Patientin ist 38 Jahre alt und verheirathet; ihr Vater ist an Hydrops, ihre Mutter im Wochenbett gestorben; von ihren 11 Geschwistern lebt nur noch 1 Bruder; sie selbst war immer gesund, lernte mit 3 Jahren laufen und ist XII-gravida. Menses bemerkte sie vom 15. Jahre an regelmässig 3—4-tägig alle 4 Wochen; die letzten Ende August dauerten 5—6 Tage.

Bei der 1. Geburt wurde Forceps angewandt, die folgenden 4 Geburten waren normal: bei der 6. Geburt Forceps, bei der 7. Abortus, 8. und 9. Perforation, der 10. künstl. Frühgeburt mit Wendung, der 11. Frühgeburt im 7. Monate. Nur die Kinder der ersten 5 Geburten leben: die anderen wurden totgeboren oder starben bald nach der Geburt.

Status praesens:

Patientin ist mittelgross und kräftig. Der kugelige Fundus ist handbreit über dem Nabel: die Herztöne um den Nabel 148. Os intern. und Os ext. sind für mehrere Finger bequem durchgängig. Die Beckenmaasse sind:

Sp. 27	
Cr. 30	Der Kopf steht rechts über dem Becken leicht ballotirend.
Troch. 31	
Diag. ext. $18^1/_2$	
Diag. int. $10^3/_4$	Diagnose:
Conj. vera $8^1/_4$	35—36. Woche. Schieflage.
Diam. obl. dext. $22^1/_2$	
Diam. obl. sin. $21^1/_2$	

26./4. 8^{00}: Einlegung eines elastischen Bougies und dessen Befestigung mit Jodoformgazestreifen.

27. 8^{00} V.: Seit 5^{00} leichte häufige Contractionen. Querlage.

11^{00}: Kräftigere Wehen, Herztöne gut, 150.

1^{00}: Bougie drängt sich während der Wehe vor, Tampon fällt heraus.

3^{45}: Die Blase fällt plötzlich mannskopfgross vor die Vulva, Kindesteile sind dahinter nicht zu sehen. — Das Bougie wird entfernt.

Beim Eingehen mit dem Finger links der Symphyse springt die Blase und es fliesst ziemlich viel reines Fruchtwasser ab. — In der Schamspalte zeigte

sich der Finger einer Hand; dieselbe wird angeschlungen und in Chloroform narkose mit der Hand eingegangen. — Endlich gelingt es in der rechten Schenkelbeuge einzuhaken und den rechten Fuss vor die Vulva zu ziehen. — Nun erfolgt die Lösung der darum geschlungenen, gut pulsirenden Nabelschnur und Herunterholen des linken Fusses. Der Rücken tritt nach vorne.

Nachdem gewartet wurde, bis die Nabelschnur langsamer pulsierte und Contractionen eintraten, wird der rechte Arm leicht gelöst. Der linke wird erst durch den Veitschen Handgriff gelöst, da er neben dem Kopf um den Nacken geschlungen ist. Während der Operation tritt mächtiger Blutverlust ein und der Contractionsring ist prall gespannt.

Erfolg: Das Kind ist leicht asphyktisch, wimmert beständig und stirbt langsam nach 9¼ Stunden an Lebensschwäche.

Bei der Mutter wird die Placenta nach Credé gewonnen, der Uterus ist gut contrahiert, Lysolausspülung, sie wird 9./V. gesund entlassen.

Fall XV (1. 5. 92.)

Anamnese:

Der Vater und 3 Geschwister der 35jährigen Patientin sind an ihr unbekannter Krankheit gestorben. Die Mutter und 4 Geschwister leben und sind gesund. Sie selbst leidet an Rachitis und lernte daher erst im 8. (!) Jahre laufen. Sie ist verheiratet und V-gravida. Die vierwöchentlich 6—7 Tage dauernden regelmässigen Menses begannen im 18. Lebensjahre, die letzten, von 7 Tagen, waren am 8. September, die erste Kindsbewegung erfolgte im 4. Monate.

Von den voraufgegangenen 4 Geburten war die vierte normal, bei den ersten drei musste die Wendung

vorgenommen werden, bei der dritten ausserdem noch die künstliche Frühgeburt im 7. Monat. Sämtliche Kinder wurden totgeboren.

Status praesens:

Patientin ist mässig kräftig, zeigt deutlichen rachitischen Rosenkranz, S-förmige Clavicula. Im Halsteile leichte Scoliose nach links, im Lendenteile nach rechts. Der Uterusfundus steht handbreit unter dem Sternum. Herztöne sind um den Nabel 130 zu hören. An der rechten Labie ist eine kirschgrosse Cyste; das Os int. wenig geöffnet. Das Becken ist ein einfach plattes (rach.), die Maasse sind:

Sp. 26½
Cr. 28
Diag. ext. 17
„ int. 10
Conj. vera 6½
Diam. obl. sin. 21
„ dext 21½

Diagnose:
32.—33. Woche:
II. Querlage.

Verlauf:

26./4. 11⁰⁰ V.: Temp. 37,7. Puls 72. Eiweiss im Urin. Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt Einlegen eines elastischen Bougies (Nr. 23) und davor ein Jodoformtampon. Der Kopf ist rechts, Herztöne von dem Nabel 146. Steiss links.

27. 9⁰⁰ V.: keine Contractionen, Herztöne 148.
6⁰⁰ N.: „ „ Tampon gewechselt.

28. 8⁰⁰ V.: Da nur leichtes Ziehen ohne merkliche Wirkung vorhanden, Entfernung von Tampon und Bougie und Einlegen eines Jodoformgazetampons in den Cervix.

5⁰⁰ N.: Keine Wehen, Urin stark eiweisshaltig.

8³⁰ N.: Keine Wehen; Entfernung des Tam-

pons. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Vorliegen eines kleinen Kindesteils, der Kopf ist jetzt links.
Heisse Uterusdouche mit 40-gradiger anfangs 1/2 % Lysollösung bis zu reinem H_2O Liter.

11^{00} N.: Da die anfangs stärker auftretenden Contractionen wieder erlahmt sind, neue Uterusdouche. Mässiger Blutabgang mit 1 Liter Lysollösung gestillt. Somulenz; nach 15 Min. Erwachen; Klagen über Kopfschmerzen und Unbesinnlichkeit auf das Vorher gegangene. Puls 54 (!)

29. 5^{00} M.: Nachlassen der Kopfschmerzen; häufigere Contractionen; Schlaf gut.

7^{00} V.: Patientin zeigt ein stark ikterisches Aussehen; Lippen cyanotisch; Herztöne normal. Clysma von wenig Erfolg. — 160 ccm. dunkel trüber, stark bluthaltiger Urin werden durch den Katheter entleert; In ihm finden sich viel Eiweis und rote und weisse Blutkörperchen. Einlegung eines Jodoformgazetampons über den inneren Muttermund.

1^{15} N.: 15 cc. Urin entleert.

3^{00} 6 „ „ „

5^{00}: Temp. $37^{0},3$.

7^{00} Abds.: Während des ganzen Tages leichte Contractionen; Tampon entfernt. Os int. 2-Markstückgross.

25 ccm. Urin werden künstlich entleert; er ist etwas heller, enthält aber noch stark Eiweiss u. Blut.

Uterusdouche mit 2 1/2 Liter 40-gradigen Wasser.

30.: 8^{00} V.: Während der Nacht mässige Wehen. Muttermund 3—4 cm., quer oval und schlaff. Blase wenig vorgewölbt. — Klysma. — 20 cm. Urin 0,6% Eiweiss und Blut enthaltend, künstlich entleert.

4^{00} N.: Temp. 37,05. — 9 cm. wenig bluthaltiger, Urin künstlich entleert.

31. 9^{00} M.: Alle viertel bis halbe Stunden abwechselnd starke Wehen. — Muttermund 4—5 cm. Secretion aus der Scheide ziemlich stark blutig. Puls 90.

1. 5. 1^{00} N.: starke Kopfschmerzen, alle Viertelstunden kräftige Wehen.

10^{45}: Muttermund handtellergross, Blase stark vorgewölbt.

45 ccm. Urin werden künstlich entleert, er enthält noch Blut, aber keine Cylinder und ist stark (0,05%) eiweisshaltig. Der Icterus ist fast fort, die Lippen sind nur noch zeitweise cyanotisch. Puls 88.

12^{00}: Wehen anhaltend mässig kräftig. Herztöne normal.

4^{15}: Wehen im Ganzen wieder etwas schwächer, Muttermund handtellergross, schlaff.

In Narcose: Nach Misslingen der combinirten Wendung Eingehen mit der rechten Hand. Nach einiger Mühe wird der linke, dann der rechte Fuss heruntergeholt und sofort extrahiert. Hohe und mühevolle Armlösung. Man geht mit dem Finger in den Mund des Kindes und extrahiert an Kopf und Schulter unter energischem Druck auf den Leib oberhalb der Symphyse. Nach einem plötzlichen Ruck tritt der Kopf nach einigen Mühen durch.

Erfolg: Das Kind ist leicht asphyktisch und hat einen löffelförmigen Eindruck am rechten Scheitelbein.

Bei der Mutter wird die Placenta sofort nach Credé gewonnen; es ist bei der Geburt ein Riss an der Clitoris und hinteren Commisur entstanden, die Blutung wird durch Umstechung gestillt.

2./5.: 60 + 60 + 45 cc. Urin werden künstlich entleert; derselbe enthält 0,05% Eiweiss und Cylinder. Pat. erhält 2 × 1,0 Theobromin.

4. 8^{00}: 90 + 90 ccm. Urin werden spontan entleert. Klysma. Scheidenausspülung mit Sublimat. 2,0 Theobromin.

12^{00}: 10 + 70 cc. Urin per cathetram entleert.

6.: Clysma.

7.: Warmes Bad, grosse Schwäche.

12./5. 8^{00}: Exitus letalis.

Das Kind starb am 2./5. 6^{00} Abends.

Fall XVI. (31. V. 92.)

Anamnese:

Die Mutter der Patientin ist gesund; vom Vater weiss sie nichts. Sie lernte im 3. Jahre laufen; im 6. war sie beinleidend, im 12. hatte sie einen Hirnschlag, im 18. Brustweh, im 20. Blutsturz überstanden. Sie ist I-gravida und 27 Jahre alt. Ihre vom 18. Jahre an aufgetretenen alle 1½—2 Wochen dauernden Menses waren stets unregelmässig, die letzten waren Ende October; zum ersten Mal hat sie Kindsbewegungen Ende März verspürt. Während der ganzen Dauer der Schwangerschaft hatte sie mit Erbrechen zu schaffen gehabt.

Status praesens:

Patientin ist ziemlich gross und kräftig. — Der Uterusfundus steht 3 Finger unter dem Nabel. Rücken links, kleine Teile rechts zu fühlen; Herztöne sind nicht zu hören. Os ext. für die Fingerkuppe zugängig, Os int. geschlossen. Sie will vor der Aufnahme in die Klinik gestürzt sein.

Diagnose: I. Schädellage.

Verlauf:

Da motorische und sensible Störungen im rechten Bein vorhanden sind, wird wegen Druck des schwangeren Uterus auf den Plexus sacralis die künstliche Frühgeburt eingeleitet am:

27./5. 9^{00} N.: durch Einlegen 2er elastischer Bougies.

28. 7^{00}: Patientin hat durch Aufrichten die Bougies herausgedrängt; Wasserabgang. Wenig Wehen.

10^{00} A.: Einlegen neuer Bougies. Leichte Blutung.

29. 11^{00} V.: Contractionen deutlich fühlbar. Herausnahme der Bougies. Portio ½ cm. äusserer und innerer Muttermund für 1 Finger durchgängig.

3^{00} N.: deutlich mässig starke Wehen.

30. 10^{00}: Wehen fort. Einlegen 2 er Bougies nach vorhergegangener Lysolausspülung.

6^{00} N.: Zeitweises Auftreten geringer Wehen.

31. 10^{00} V.: Alle 5 Minuten Wehen, Muttermund 3-Markstückgross.

6^{00} N.: Muttermund handtellergross. Alle 5 Minuten sehr kräftige Wehen.

6^{45}: Sichtbarwerden des Kopfes in der Vulva.

7^{00}: Durchtritt des Kopfes.

Erfolg: Kindliche Herztöne sind nicht mehr zu hören; es ist macerirt.

Bei der Mutter wird ¼ Stunde nach der Geburt die Placenta spontan geboren. Temp. 37,7, Puls 104.

Am 14./6. wird die Mutter gesund entlassen.

Fall XVII. (18. 8. 92.)

Anamnese:

Von den 7 Geschwistern der 36 jährigen Patientin

sind 5 gestorben, darunter eine an Wochenbett und eine an Lungenentzündung, ihre Eltern sind gesund. Sie selbst hat Ende der 20er Gelbsucht durchgemacht und klagt über Anschwellung des Leibes seit 2 Monaten. Sie ist VI-gravida: die voraufgegangenen 5 Geburten waren normal, die 4te ein Abort in der 6—7. Woche. Ihre Menses beobachtete sie seit dem 15. Jahre. Sie waren regelmässig alle 4 Wochen und dauerten 3 Tage; die letzten bemerkte sie am 10./12. 91, die letzte Kindsbewegung Mitte April 92.

Status praesens: 18./8.:

Patientin ist gross und kräftig. Wegen Hautadern des Körpers und der Extremitäten und starken Ascites ist der Fundus schwer zu finden, er scheint handbreit über dem Nabel zu stehen; ebenso sind die Beckenmasse schwer zu nehmen (Spinae 26, Cristae 30). — Die Labien sind oedematoes; os ext. und int. sind für 1—2 Finger bequem durchgängig; der Kopf steht beweglich in der Höhe des Beckens.

Diagnose: 36—37. Woche; I. Schaedellage. 30 ccm. per cathedram entleerter Urin ist stark dunkel.

18. 8. 12^{30}: Einlegung 2er elastischer Bougies.

6^{00}: Ein viertelstündiges Bad von 34°. Darnach Einhüllung in wollene Decken. Warme Milch. Theobr. 1,0. — Seit der Aufnahme sind 51 ccm. Urin entleert.

Die nach Einlegung der Bougies auftretenden Contractionen werden nach dem Bad kräftiger. Die Schwitzkur hatte guten Erfolg.

8^{30}: Befreiung von den Einwicklungen, Oedem und Ascites haben wenig abgenommen. Die Wehen sind andauernd kräftig. Herztöne nicht nachweisbar. —

Der Muttermund ist verstrichen, die Blase prall vorgewölbt; wenig Vorwasser; Abgang

von wenig dunklem Blut. — Bougies entfernt, Sprengung der Blase, Abgang von blutbaltigem Fruchtwasser.

8^{75}: 2 Minuten später Durchschneiden des Kopfes. Die Nabelschnur ist auffallend dick.

Erfolg: Auf Hautreize schreit das Kind heftig, es wiegt 1280 gr., wird mit Tokayer ernährt, stirbt aber leider am 1./9. 92. 2^{00} Nm.

Bei der Mutter wird 1 Stunde und 5 Minuten nach der Geburt die Placenta nach Credé gewonnen. 56 ccm. Urin künstlich entleert: nach 2 Stunden 1 Esslöffel Digitalis infus.

15./9. wird sie entlassen, im Urin wechselnder Eiweissgehalt, verfettete Epithelcylinder.

Fall XVIII. (13. 12. 92.)

Anamnese:

Die verheiratete Patientin ist 35 Jahre alt, ihre Eltern sind beide tot: ein Bruder von ihr ist gestorben, es leben noch 2 Schwestern und 2 Brüder und sind gesund. Sie selbst war stets gesund und ist VII-gravida. Den Beginn ihrer Menses kann sie nicht angeben, sie waren aber regelmässig, traten alle 4 Wochen auf und dauerten 3—4 Tage; die letzten waren 3tägig Anfang März; die erste Kindsbewegung wurde im 6. Monat verspürt. Sie klagt über Blutspucken.

Status praesens:

Patientin ist klein und schwächlich, auf der rechten Lunge ist heller tympanitischer Ton, Knisterrasseln und in der oberen Partie des Mittellappens verschärftes Atmen nachzuweisen. An den Unterschenkeln ist Oedem: der Urin ist eiweissfrei. Der Fundus steht handbreit über dem Nabel, Herztöne sind links 136; Os ext. und int. ist 3-Markstückgross und sehr dehnbar. Der Kopf steht in der Höhe des Beckeneingangs leicht beweglich.

Diagnose: 10. Monat. Eröffnungs-Periode. I. Schädellage.

Verlauf:

13./12.: Einlegung 2er Bougies. Blasensprung. Wenig Abgang von Fruchtwasser. Nach einer halben Stunde mässige Wehen.

14./12. 1^{45} N.: Da der Kopf immer noch nicht tiefer tritt, Anlegung der Zange.

2^{00} N.: Mühevolle Extraction.

Erfolg: Das Kind schreit sofort.

Die Mutter gebärt ½ Stunde später nach Credé die Placenta. Der Uterus ist gut contrahiert, die Dyspnoe ein wenig geringer; an der hinteren Commissur ein kleiner Einriss.

30./12. werden Mutter und Kind entlassen. Die Mutter ist in mässig gutem Ernährungszustande, von anämischem Aussehen und nur noch ganz wenig dyspnoisch. Ueber der rechten Lunge ist vorn und hinten heller Schall. Das Kind wird mit der Brust ernährt und wiegt 2650 gr.

Fall XIX. (15. 12. 92.)

Anamnese:

Der Vater der 33jährigen Patientin ist an Herzschlag, die Mutter an Phtise gestorben; eine ihrer Schwestern hat 6 normale Geburten durchgemacht. Sie selbst hat spät, mit 4 Jahren, laufen gelernt; sonst war sie stets gesund, ist verheiratet und VI-gravida. Die erste Geburt war normal, das Kind lebt; die zweite und dritte waren Aborte; das Kind der vierten Geburt, einer Zangengeburt, starb 19 Tage alt, an Krämpfen. Ihre Menstruation begann mit 17 Jahren, war regelmässig alle 4 - 6 Wochen und dauerte 2—3 Tage, die letzte war Anfang April 3 Tage, die erste Kindsbewegung mit $5^1/_2$ Monaten.

Status praesens:

Patientin ist klein, aber ziemlich kräftig, sie zeigt Spuren von rhachitischem Rosenkranz und die Tibia ist beiderseits etwas nach aussen gebogen. Der

Fundus steht 3 Finger über dem Nabel; Herztöne rechts vom Nabel 130. Die Portio vaginalis zeigt starke Einrisse; das Os ext. ist für 1 Finger durchgängig, das Os int. ist geschlossen. Der Kopf steht beweglich über Beckeneingang; das platt rhachitische Becken hat folgende Maasse:

Sp. 25	
cr. 26½	
Diag. ext. 17½	Diagnose:
„ int. 10½-11	33.—35. Woche;
Conj. vera 8¾	II. Schädellage.
Diam. obl. sin. 21.	
„ dext. 21½	

Verlauf:

13./12.: Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen Beckenenge; daher:

1^{00}: Einlegung eines Bougies zwischen Eihäute und Uterus.

2^{00}: Geringer Abgang von fruchtwasserähnlicher Flüssigkeit. Das Bougie ist in eine andere Richtung verschoben.

14. 8^{00} V.: Keine Contractionen oder Wehen.

3^{00} N.: Kreuzbeinschmerzen.

15. 10^{00} A.: Seit 2^{00} Nachts Contractionen, schwache Wehen. Der Muttermund ist 10-Pfennigstück gross. Lysolausspülung, Clystier.

7^{00} A.: Plötzlich heftige Wehen, der Kopf tritt in die Vulva und die ganze Frucht wird mit 1 Wehe ausgetrieben und nach einer Viertelstunde durch leisen Druck die Placenta.

Erfolg: Das Befinden der Mutter ist gut. Erg. 0,3. Das Kind schreit sofort.

24. 12.: Der Ernährungszustand der Mutter ist gut und wird auf eigenen Wunsch so früh entlassen. Das Kind wird mit der Brust ernährt und wiegt 1565 gr.

Fall XX (20. 2. 93.)

Anamnese:

Patientin ist 34 Jahre alt, ihre Eltern sind gestorben, ihr Vater an unbekannter Todesursache, ihre Mutter an einem Brustleiden; auch die Krankheit, die ihren 7 Geschwistern den Tod gebracht, ist ihr unbekannt geblieben. Sie selbst lernte erst mit 7 Jahren laufen, hat immer an Husten gelitten und ist seit 14 Tagen heiser. Ihre vom 15. Jahre an aufgetretenen Menses waren stets unregelmässig, alle 4 Wochen 3tägig; die letzten waren 2—3 Tage lang Ende Mai. Die erste Kindsbewegung wurde Ende October beobachtet. — Patientin ist VII-gravida und verheiratet. Die ersten vier Geburten waren ohne Kunsthülfe, bei der fünften kam es zur Wendung, die sechste war ein Abort. Von den Kindern leben das dritte und vierte, das zweite und fünfte wurden totgeboren, das erste starb 6 Wochen nach der Geburt an Krämpfen.

Status praesens:

Patientin ist klein und schmächtig und zeigt deutlich rhachitischen Habitus. Das Atmen ist verschärft mit zahlreich trockenen Ronchi. Der Fundus steht 4 Finger über dem Nabel; Herztöne sind um den Nabel 146 zu hören; Os ext. und int. ist durchgängig. Der Kopf steht in der Höhe über dem Beckeneingang rechts. Es ist Incontinenz der Blase bei Hustenstössen vorhanden. Das platt rhachitische Becken hat folgende Maasse aufzuweisen.

Sp. 26 Cr. 31 Diag. ext. 18 „ int. 9-9½ Diam. obl. sin. 22 „ dext 22½	Die Diagnose ist: 33—34. Woche: IIb-Querlage.

15./2. 4⁰⁰ N.: Portio 1½ cm. lang, Cervix trichterförmig geöffnet; Os. int. für die Fingerkuppe durchgängig; Kopf

links, Rücken hinten, Steiss rechts. Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt wird zur Tamponade des inneren Muttermundes mit Jodoformgaze geschritten.

16. 4^{30}: Ziehen im Unterleib; nach Herausnahme des Tampons erscheint der Muttermund vergrössert. Temp. 36,1. Ausspülung der Scheide mit Lysol.

17. 9^{00} V.: Subjectiv wie objectiv keine Contractionen. Der Muttermund scheint kleiner; daher Anwendung der heissen Uterusirrigation (8 Liter Wasser von 39°).

4^{30} N.: Injection von 100 ccm. Glycerinum purum.
Innerer Muttermund für den Katheter kaum durchgängig.

18. 9^{00}: Seit 2^{30} Mgs. Schmerzen im Unterleib.

12^{00}: Status idem. Einlegung von 2 Bougies.

6^{40}: Temp. 37,1. Ziehende Unterleibsschmerzen.

19. 8^{00}: Geringe Contractionen alle 10 Minuten. Muttermund 10-Pfennigstückgross.

9^{15}: Bougies herausgepresst. Einlegung eines neuen Bougies und 1 Katheters Portio nicht verstrichen.

11^{45}: Contraction angehalten. Ziemlich beträchtlich Abgang von Fruchtwasser.

4^{00}: Contractionen wieder nachgelassen. Zehn Tropfen extr. Sec. corn. fl. Kohlm. — Temp. 36,^{08}. Herztöne gut.

6^{00}: 15 Tropfen Sec. corn fl. Kohlm., weil bis jetzt keine Wirkung.

6^{05}: Ziemlich kräftigen Contractionen.

8^{00}: Muttermund 1-Markstück gross. Das eine der beiden Bougies ist herausgepresst.

20.: 8^{00} V.: Die Contractionen haben während

der Nacht wieder nachgelassen. Muttermund 2-Markstückgross.

10^{00}: Nach heftigem Schüttelfrost sehr collabiertes Aussehen. — Energische Ausspülung der Scheide; heisse Uterusirrigation. Momentane Contractionen verschwinden ohne viel Effekt wieder; daher:

Eingehen mit 2 Fingern in den inneren Muttermund und Wendung auf einen Fuss; anfangs gelingt es nur 1 Knie in den Muttermund zu bringen, später den ganzen rechten Fuss; derselbe wird angeschlungen, nachdem er vor die Vulva gebracht und in warme Tücher gehüllt. Die Herztöne nehmen enorm zu und sinken dann auf 150 bis 160 herab. Die Wehen sind kräftig. — Da Pat. müde ist und einen collabierten Eindruck macht, erhält sie Wein.

12^{40}: Muttermund 4 cm., Ränder noch wenig scharf, Cervix nicht ganz verstrichen; der Kindesfuss erscheint ödematös; deshalb:

Extraction in Narcose bei auffallend rigidem Muttermund ziemlich schwierig; es werden bereits Incisionen in Aussicht genommen.

Endlich tritt der Steiss durch den Muttermund; Armlösung wird sehr hoch vorgenommen und, da die Nabelschnur nur noch wenig pulsiert, wird durch Zug und Druck von oben schnell der Kopf extrahiert.

Erfolg: Das Kind ist asphyktisch im 1. Grade der rechte Fuss ist im Verhältniss zum linken angeschwollen und blau-rötlich.

Bei der Mutter wird wegen Contraction des Muttermundes die Placenta direct durch manuellen Eingriff geboren: der Uterus ist mässig gut contrahiert. — Patientin bekommt Eis und Ergotininjectionen und der Uterus wird durch Bindentouren auf der Wirbelsäule fixiert. Temp. 38°,8; Puls 104.

In den späteren Tagen zeigt sich starke Druckempfindlichkeit der Symphyse: da der Mons Veneris vorgewölbt ist und in der Tiefe Fluctuation ist, wird durch eine 4 cm. lange tiefe Incision viel Eiter entleert. Schmerzen fort; regelrechter Wundverlauf.

Bei der Entlassung ist das Befinden der Mutter gut; das Kind wiegt 2200 gr. und wird mit der Flasche ernährt.

Fall XXI. (10. 3. 93.)

Anamnese:

Die Mutter der 41-jähr. Patientin hat 10 normale Geburten durchgemacht und ist an unbekannter Todesursache gestorben; ihr Vater lebt und ist gesund, ebenso eine verheiratete Schwester, die unter 5 normalen Geburten 2 mit Kunsthülfe (Querlage und Zange) durchgemacht hat. Sie selbst hatte doppelte Glieder, hat mit 7 Jahren eine Lungenentzündung durchgemacht und lernte mit 7 Jahren auch erst laufen. Sie ist verheiratet und I-gravida. Ihre Menstruation trat vom 16. Jahre an regelmässig alle 4 Wochen in 3—4-täg. Dauer auf; auch die letzte am 8. 7. 92 dauerte 3—4 Tage. Die erste Kindsbewegung machte sich nach 4½ Monaten bemerkbar.

Status praesens:

Pat. ist klein und schwächlich; der Urin ist leicht getrübt. Sie zeigt ein Pectus carinatum und an den Rippen Auftreibung der Knorpelepiphysen und nach aussen geknickte Unterschenkel; auch die Zähne sind rhachitisch. — Der Uterus steht Handbreit über dem Nabel; Herztöne sind links von der Mittellinie 148

zu hören; das Os ext. zeigt nur einen grübchenförmigen Eindruck. Der Kopf ist links abgewichen über dem Becken beweglich.

Diagnose: 32.—35. Woche. I (?) Schädellage.

Verlauf:

7. 3. 8^{00} V.: Kopf rechts abgewichen; äussere Wendung leicht; der Steiss tritt nach unten, der Kopf nach oben.

11^{30} V.: Bei dem Versuch, zwischen Uterus und Eihäute Glycerin zu bringen, wird die Blase gesprengt, und viel Fruchtwasser fliesst ab.

8.: V.: Kopf wieder nach unten getreten; äussere Wendung leicht.

9. 9^{00} V.: Der Fundus uteri steht etwas tiefer; Temp. 37°,1. Herztöne gut.

4^{00}: Injection von 100 gr. Glycerin zwischen Uterus und Eihäute. Einlegen eines Bougies. Im Laufe des Tages (nicht als Wehen empfundene) Contractionen.

10.: 9^{00} V. Seit 1^{00} alle 10 Minuten schwache Contractionen.

11^{45}: Vorfall eines Bündels von Nabelschnurschlingen. — Die Nabelsehnur pulsiert gut; innerer Muttermund 1-Markstück gross; Portio noch nicht verstrichen. — Die Nabelschnur wird manuell reponiert und der Muttermund mit der Hand gedehnt. Innerlich ist der Steiss zu fühlen.

Der rechte Fuss wird fest in den Muttermund gezogen.

4^{30} N.: Muttermund kleinhandtellergross, dehnbar, Wehen schwach, ohne Er-

folg. Herztöne wechselnd bis unter 100. — Daher Extraction: Lösung des l. Armes von vorne, da es von hinten nicht möglich ist; der r. Arm wird leicht gelöst. — Unter andauerndem Zuge durch Veit-Smellie und Druck von oben tritt nach längerer Zeit der Kopf ins Becken und wird extrahiert. — Während der Entwicklung des Kopfes macht das Kind Saugbewegungen.

4^{45}: tritt der r. Fuss durch.

Erfolg:

Das Kind wird im S. Grad der Asphyxie geboren; das Herz schlägt noch; das Kind kommt aber trotz Schulze'scher Schwingungen, Hautreize, Bäder und Electricität nicht zum Atmen und stirbt.

Bei der Mutter wird $\frac{1}{2}$ 5 Stunden später die Placenta nach Credé geboren. Temp. 38°.9. Puls 84. Der Uterus ist mässig contrahiert. Ergotin.

19. 3.: wird die Mutter entlassen. Das Parametrium ist frei; Befinden gut.

Fall XXII: (16. 9. 93)

Anamnese:

Die 23jähr. unverheiratete Patientin hat ihre Mutter an Phtise verloren; ihr Vater ist gesund, ebenso 1 Bruder und 1 Schwester. Mit 10 Monaten hat sie laufen gelernt, als Kind Diphteritis und Scharlach durchgemacht. Ihre Menses traten auf mit 15 Jahren, waren regelmässig alle 4 Wochen und dauerten wie die letzte am 26. 2 8 Tage. Sie ist II-gravida: die 1. Geburt erforderte Kranioklasie.

Status praesens.

Patientin ist klein und anämisch. Der Uterus steht 9 Finger über dem Nabel; Herztöne hört man

rechts von der Mittellinie 144; die Portio ist ½ cm. lang und das Os ext. für die Fingerkuppe durchgängig.

15. 11. 10^{00} V.: Einlegung 3-er elastischer Bougies zwischen Uterus und Eihäute. Tamponade der Scheide.

12^{00} N.: Beginn der fühlbaren Wehen.

5^{00} N.: Ziemlich starke Blutung aus der Scheide. Entfernung des Tampons. Der Muttermund ist 2-Markstückgross; die Blase steht. — Während der Wehenpause sind die vorliegenden Füsse eben zu erreichen. Die Scheide wird wieder tamponiert.

16: 7^{00} V.: Blase springt; Tampon gleitet aus der Scheide; Muttermund kleinhandtellergross; der Steiss ist in den Beckeneingang getreten. Herztöne gut.

11^{00} V.: Der Streiss tritt durch. Das Kind wird extrahirt.

Erfolg:

Das Kind ist stark asphyktisch und schreit erst nach längeren Wiederbelebungsversuchen.

Die Mutter gebärt spontan 5 Min. später die Placenta.

28. XI.: Bei der Entlassung ist der Ernährungszustand der Mutter gut, das Parametrium frei und der Uterus gut contrahiert.

Das Kind wird mit der Brust ernährt und wiegt 2500 gr.

Fall XXIII. (20. 4. 94).

Anamnese:

Pat. ist 42 Jahre alt; sie ist stets gesund gewesen; ihre Menses, die vom 18. Jahre an auftraten,

waren alle 4 Wochen regelmässig: die letzten Ende October. Sie ist X-gravida: von ihren Geburten waren die 6 ersten normal, bei der 8. kam es zur Zange, bei der 9. zur Perforation; nach der 7. Geburt war sie 16 Wochen bettlägerig. Von den Kindern leben noch 3. Die erste Kindsbewegung verspürte sie am 10. 3. Seit 8 Tagen leidet sie an Icterus catarrhalis.

Status präsens:

Pat. zeigt ein stark hervorspringendes Promontorium. Die Beckenmaasse sind:

Sp. i. 25.
Cr. i. 27½
Conj. ext. 18¼
„ diag. 10

Diagnose: I Steisslage.

Verlauf:

18. 6.: 5⁰⁰ N.: Einleitung der künstl. Frühgeburt durch Einlegung von 3 Uterusbougies.

19.: 5⁰⁰: Da noch keine Wehen da sind, Einlegung von 3 weiteren Bougies. — Muttermund 3-Markstückgross. Blasensprung.

20. 2⁰⁰ Nachts: starke Wehen.

9⁰⁰ V.: Muttermund kleinhandtellergross: als vorliegender Teil ist der Steiss zu fühlen. Rücken links, Herztöne gut.

11⁰⁰: Entfernung der Bougies.

12⁵⁵ M.: Der Steiss tritt in die Vulva; Extraction. Armlösung. Veit'scher Handgriff.

Erfolg:

Das Kind schreit kräftig und ist gut entwickelt. Es wiegt 2450 gr.

Bei der Mutter erfolgt die Nachgeburt ½ Stunde später nach Credé.

30./6. Entlassung von Mutter und Kind in gesundem Ernährungszustande.

Nicht weniger interessant sind folgende Fälle, in denen sich dieselben Mütter mehrmals einer künstlichen Frühgeburt unterzogen.

Fall XXIV. und XXV

(20./2. 88.) (22./11. 94.)

XXIV. — Anamnese:

Die seit 13 Jahren verheiratete Patientin ist 35 Jahre alt, ihre Mutter ist vor 3 Jahren, ihr Vater vor 15 Jahren an Lungenentzündung gestorben. 3 Geschwister sind als Kinder gestorben, 3 leben und sind gesund. Menstruation bemerkte sie regelmässig alle vier Wochen 2—3 Tage dauernd von ihrem 16. Jahre an; die letzte war am 10./6. die erste Kindsbewegung Ende October, sie lernte spät laufen und ist VIII-gravida.

1. Geburt: Forceps, Kind lebt.
2. „ Forceps, Kind 17 Monate alt gestorben.
3. „ Forceps, Kind lebt.
4. „ Wendung, Extraction } Kinder während d.
5. „ Wendung, Extraction } Geburt gestorben.
6. „ künstliche Frühgeburt in der 34. Woche; 1 Querlage, Wendung, Extraction, das sehr asphyktische Kind stirbt 12 Stunden post partum.
7. „ Künstliche Frühgeburt. II. Querlage. Wendung. Extraction; das leicht asphyktische Kind wird zum Leben gebracht.

Status praesens:

Patientin hat in beiden Lungenspitzen Rasselgeräusche. Die Beckenmaasse ergeben:

Sp. 24	Diagnose:
Cr. 25	33.—34. Woche;
Diag. ext. 17	
Diag. int. 10,5	Schieflage 1b.
Conj. vera 9-9,5	

Verlauf:

6./2. 88 6^{00}: Spontane Umwandlung in 1 A-Schieflage; Os ext. für den Mittelfinger, Os int. für den Zeigefinger durchgängig. Einlegung eines Bougies.

7. Seit gestern Abend alle 5 Minuten mässige Wehen. Herztöne 160.

6^{30}: Einlegung eines neuen Bougies nach vorhergegangener Sublimatausspülung

8.: Os ext. für Mittel- und Zeigefinger zusammen durchgängig. Einlegung von 2 Bougies.

9. 11^{00}: Nachts effektvolle Wehen, die zwei Bougies werden herausgenommen, desinficirt und nach einer Scheidenirrigation wieder hineingethan.

10. 11^{00}: Wechsel der Bougies.

11. Vaginalirrigation.

13. 8^{45}: Einlegen 2er in ein Condom gesteckter Jungbluthscher Presschwämme.

4^{45}: Da die alten Pressschwämme durch Wehen ausgestossen sind, werden 2 neue eingelegt.

15.: Auch diese fallen in der Nacht heraus.

16.: 2 neue in ein Condom gesteckte Pressschwämme werden eingeführt.

17.: Entfernung derselben. Vergeblicher Versuch, den Kopf durch Binden zu fixieren, und die Schieflage I A. in eine II. Schädellage zu verwandeln. Vom Blasenstich wird wird daher abgesehen.

18. Nachm.: Aus der I A. Schieflage ist eine II. Beckenendlage geworden. In der Blase ist der rechte Fuss zu fühlen.

Abends: Da die Wehen nachgelassen haben,

wird die Blase gesprengt und der rechte Fuss eingeleitet. Herztöne 160.

19.: keine Wehen.

20. 3^{10} Nachts: Seit gestern Abend stärkere heftigere Wehen. Im äusseren für die Hand durchgängigen Muttermund ist die rechte Hüfte zu fühlen. Der Fuss wird vor die Vulva geboren.

6^{30} V.: Der rechte Unterschenkel wird bis übers Knie geboren.

6^{30} V.: Geburt des Steiss, Armlösung leicht. Da das Kinn erst seitwärts geboren werden musste, um in den Mund zu kommen, stirbt das Kind, wohl infolge des Zeitverlustes.

Erfolg: Die Mutter wird am 3./3. in gutem Ernährungszustande entlassen.

XXV.

Patientin meldet sich wieder in der Klinik, ihre letzte Menstruation weiss sie nicht genau, etwa am 24/3. Die erste Kindsbewegung war Anfang August 1894. Schwangerschaftsbeschwerden hat sie nicht.

14. 9. 6^{00}: Einlegung 3er Bougies Wehenbeginn.

19. 6^{00}: Einlegung eines Kolpeurynters mit cca. 500 ccm. Lysollösung. Herztöne deutlich.

21. 3^{00} V.: Der Kolpeurynter wird ausgestossen, Muttermund noch nicht weiter, Herztöne nirgends deutlich.

22. 11^{30} V.: Blase gesprengt, Kopf im Becken beweglich; Schädeldecken sehr hart, kleine Fontanelle links vorne.

1^{50}: Spontane Geburt.

Erfolg: Das Kind schreit kräftig und wieg 2440 gr. Die Mutter gebärt 10 Minuten p. p. die Placenta.

4./12. 94.: Entlassung von Mutter und Kind in gutem Ernährungszustande.

Fall XXVI, XXVII und XXVIII.
(14. 4. 89.) (8. 1. 90.) (23. 11. 91.)

XXVI. — Anamnese:

Die Eltern der 31jährigen Patientin leben beide noch und sind gesund, der Vater ist 65, die Mutter 67 Jahre alt. 2 Brüder im Alter von 15 und 17 Jahren sind an Cholera gestorben. Sie ist verheiratet und I-gravida. Im 15. Jahre stellten sich zuerst die Menses ein; sie kamen von da ab regelmässig alle 4 Wochen und dauerten 3—4 Tage. Sie lernte mit 3 Jahren laufen und hatte vorher Schienen am rechten Bein. Wegen Erkrankung des Hüftgelenkes war sie längere Zeit bettlägerig. Mit 5 Jahren trat bei ihr ein spontaner Eiterdurchbruch des rechten Trochanter major ein und bis zu ihrem 14. Jahre litt sie an Fisteln und schleppte sich bis zu ihrem 16. Jahre auf Krücken, erst Arm- dann Handkrücken dahin. Im verflossenen Winter 88/89 hat sie Pneumonie und Pleuritis überstanden. Die letzten Menses waren vom 14.—19. Aug., die erste Kindsbewegung war im December.

Status präsens:

Patientin ist klein, schwach gebaut, mässig gut genährt; unterhalb des rechten Troch. major sind flache Narben und es existiert eine Lordose der unteren Brust- und oberen Lendenwirbel. Das rechte Bein ist um 3½ cm. verkürzt, das rechte Hüftgelenk ist in Flexion ankylotisch; der vordere Trochanter liegt 2 cm. über der Roser-Nélaton'schen Linie. Herztöne sind 146 zu hören rechts vom Nabel. Das Os ext. ist für die Fingerspitze durchgängig. Die linke Symphysis sacroiliaca ist verknöchert; das Kreuzbein ist fast gerade,

am vierten Kreuzwirbel eine Knickung, die Linea innominata zeigt links einen Winkel, rechts einen weiten Bogen; das Tub. ossis ischii dextri ist nach innen umgebogen, die Symphyse nach rechts verschoben. Die Beckenmaasse sind:

Sp. 22 cr. 23 Diag. ext. $16^1/_2$ „ int. $9^3/_4$ Conj. vera 8 Diam. obl. sin. $18^1/_2$. „ dext. $7^3/_4$ Dist. tub. isch. $7^3/_4$	Diagnose: 34. Woche; II. Schädellage.

10./4. 12^{15}: Os ext. für 1 Finger durchgängig.
12^{30}: Einlegung eines Bougies.
10^{00}: Keine Wehenschmerzen, Uterus straff.
11. 9^{00} V.: Einlegung eines 2ten Bougies, Herztöne 156.
10^{00}: Beginnende Wehen.
12. 9^{00}: Bis jetzt seit 11^{00} Abends alle Viertelstunden mässig kräftige Wehen; seit 8^{00} halbstündlich. Os ext. für zwei durchgängig.
6^{00}: Wehen alle 20 Minuten, aber schwächer.
13. 9^{00}: Nachts alle 10 Minuten stärkere Wehen.
8^{00}: Wehen noch gleich stark. Bougie entfernt.
14. 12^{15}: Blasensprung. Os ext. 2-Markstückgross. Kopf steht tiefer und fester im kleinen Becken, die grosse Fontanelle steht mehr nach hinten, die kleine rechts und etwas vorne.
11^{00} V.: Die kleine Fontanelle steht mehr nach vorne. Die Herztöne sind unregelmässig.
11^{45}: Die Zange wird im rechten schrägen

Durchmesser angelegt und es erfolgt der Durchtritt.

Erfolg. Das Kind schreit, es hat eine Kopfgeschwulst auf dem Hinterhaupt, bei der Mutter wird die Placenta 20 Stunde später geboren. Das Befinden der Mutter ist gut, sie bekommt Ergotin und Eisblase.

Bei der Entlassung am 10./5. ist ihr Ernährungszustand gut; das Kind wiegt 2080 gr. und wird mit Brust und Flasche ernährt; ein Brief der Eltern vom 9. besagt, dass es noch lebt und ganz gesund ist.

XXVII.

Patientin sieht ihrer zweiten Geburt entgegen; die letzte Regel war am 15./5. und dauerte 4 Tage die erste Kindsbewegung nach 4½ Monaten. Das Os ext. ist für 1 Fingerglied durchgängig, die Herztöne sind rechts 144.

Diagnose: 33. Woche: II. Schädellage.

Verlauf:

6./1. 10^{45}: Einlegung eines elastischen Bougies zwischen Eihäute und Uterus.

7. 8^{00} V.: Von 12^{00} an alle ½ Stunden geringe wehenartige Schmerzen. Os ext. 10-Pfennigstückgross. Blase wenig vorgewölbt.

Abends: Ist der Kopf auf dem Beckeneingang fixirt. — Alle ½ Stunden schwache Wehen.

N. 10^{00} - 12^{00}: viel Fruchtwasserabgang. Wehen geringer. Muttermund 2-Markstückgross. Entfernung des Bougies.

1^{00}: Wehen kräftiger, Muttermund 5-Markstückgross, kleine Fontanelle mehr nach vorne.

3^{00}: Kopf in der Schamspalte; Wehen kräftig, aber selten.

3^{30}: Herztöne unregelmässig. Behufs Zangenextraction wird die Narcose eingeleitet. Währenddessen rückt der Kopf weiter und tritt nach Druck gegen den Damm heraus.

Erfolg:

Das Kind ist stark asphyktisch; da es Schleim aspiriert, wird ihm ein Katheter in die Trachea geführt; die künstliche Atmung ist von Erfolg begleitet; das Kind wird zwischen Watte und Wärmekrüge gelegt. — Die Placenta wird bei der Mutter 45 Min. später geboren. Der Uterus ist gut contrahiert.

Bei der Entlassung am 21. 1. ist das Befinden der Mutter ein gutes; das Kind wiegt 2370 gr. und wird mit der Brust ernährt; leider ist es aber nach einem Briefe der Eltern am 31. 1. an Gesichtsrose erkrankt und 2 Tage darauf „an Schleim rein erstickt."

Fall XXVIII.

Der Vater der Patientin ist inzwischen gestorben, an Altersschwäche. — Der Fundus steht dicht unter dem Rippenbogen und es ist ein grösserer Prolaps der vorderen Scheidewand vorhanden; die letzten Menses waren am 26. 3. 91 und dauerten 4 Tage; die 1. Kindsbewegung wurde im 5. Monate bemerkt. Der Kopf steht rechts über dem Beckeneingang.

20. 11. 6^{00}: Einlegung 1 Bougies.

21.: Die ersten schwachen Wehen.

22.: 4^{20}: I. Schädellage; Herztöne sind links gut zu hören. Das Bougie ist zur Hälfte herausgetrieben; Muttermund handtellergross, Blase vorgewölbt. — Wehen alle 8—10 Min. mässig.

5^{30}: Kopf noch nicht ins Becken getreten; Bougie entfernt.

9^{00}: Wehen fast ganz fort. Herztöne kräftig 132.

Mässig heisse Lysolausspülung.

10^{05}: Muttermund grösser: Blase steht noch.

23. 12^{30}: Abgang von Wasser mit Blut, Kopf noch nicht im Becken, Blase noch prall. Wehen häufiger und kräftiger.

4^{00}: Blasensprung mit reichlichem Fruchtwasserabgang. — Der Kopf stellt sich plötzlich ein, tritt schnell durchs Becken und wird

4^{20}: geboren. Da die Nabelschnur um den Hals geschlungen ist, wird der übrige Körper schnell durch Druck auf den Leib geboren.

Erfolg:

Das leicht asphyktische Kind schreit auf Hautreize reagierend. Die Mutter gebärt 4 Stunden post partum die Placenta.

Bei der Entlassung am 4. XII. ist der Ernährungszustand der Mutter gut; der Uterus gut anteflectirt. Das Kind wird an der Brust ernährt und wiegt 2170 gr. Nach einem Briefe der Eltern ist es auch am 27. 3. 92 noch gesund und wiegt 4360 gr.

Dass auch Eclampsie und Manie die Einleitung der künstl. Frühgeburt durchaus nicht contraindiciren, beweisst folgender Fall:

Fall XXIX. (12. 4. 90).

Anamnese:

Der Vater der Patientin ist an Phtise gestorben: die Mutter ist gesund; eine verheiratete Schwester hat 2 normale Geburten mit normalen Wochenbetten durchgemacht. — Sie selbst hat vor 2 Jahren Pneumonie

gehabt. Ihre Menses beobachtete sie vom 15. Jahre an; sie traten alle 4 Wochen auf und dauerten 4—5 Tage; die letzten waren angeblich am 20. Juli etwa 3-tägig. In den letzten Tagen vor Ausbruch der Eclampsie hatte sie Kopfschmerzen und leichte Schwindelanfälle. Der Charakter soll etwas reizbar sein; hereditäre Belastung soll nicht vorliegen.

Status praesens.

Der Leib ist mässig ausgedehnt und hart, der Fundus anscheinend 2 Finger über dem Nabel; es sind starke Oedeme an den unteren Extrenitäten und Augenlidern; Herztöne sind über der Mittellinie zu hören. Vagina und Introictus sind eng; die Portio vaginalis ist $^1/_2$ cm. lang. Os ext. und int. sind geöffnet. Der Kopf (?) steht ballottierend über dem Beckeneingang. Angebliche Gravidität im 8. Monat. Die Oedeme sollen seit längerer Zeit bestehen.

31. 3.: 9^{30}: 1. Eclamptischer Anfall. — 1×20 Tropfen einer Morphiumlösung 0,1 : 20.

10^{00}: eclamptischer Anfall. — Morp. 0,03.

11^{15}: 3. eclamptischer Anfall.

12^{30}: in die Klinik eingebracht; Puls 106, durch den Katheter 100 ccm. Urin entzogen; derselbe ist stark eiweisshaltig. — Sensorium benommen.

1^{00}: Halbstündiges Vollbad von 25° R. Puls 112. Einhüllung in warme Decken. Schweissabsonderung mässig. Innerlich 0,01 Morph. — Sensorium benommen.

2^{00}: Pat. sehr unruhig; Sens. benommen.

3^{00}: Anscheinend Wehen; Pat. hat gebrochen.

4^{00}: Pat. schläft fest.

7^{00}: Zeitweilig schwache Contractionen. — Der Rücken der Frucht liegt

links; kleine Teile sind nicht zu fühlen.

Sensorium ziemlich frei. Entleerung von 100 ccm. stark eiweisshaltigem Harn per cathedram. — Bad von 35° R 20 Min. lang. Einhüllung in nasse heisse Decken. Subcutan 0,01 Morphium.

10⁰⁰: Starker Schweiss. Leichter Schlaf. Puls 112; keine Wehen.

1. 4.: Nachts starker Schweiss und ziemlich ruhiger Schlaf. Puls 108. 2-maliges Erwachen.

11⁰⁰: 25-minütiges Bad von 35° R. Einhüllung in nasse Decken. Entleerung von 200 ccm. braungefleckten Urin, der viel Eiweiss enthält. Puls 100.

2. 4.: Nachts guter Schlaf. Urinmenge bedeutend vergrössert. Sensorium frei.

10⁰⁰: 20 Min. dauerndes Bad von 35° R. Starker Schweiss.

3.: Harnmenge in 12 Stunden 1500 ccm. bedeutend weniger Eiweiss enthaltend.

10⁰⁰: 20 Min. dauerndes Bad von 35° R. Starker Schweiss.

16⁰⁰: 20 Min. dauerndes Bad von 35° R. Starker Schweiss.

4.: Der reichliche Urin enthält immer noch Eiweiss. Morgens 1 Bad.

5.: Der reichliche Urin enthält immer noch mässig Eiweiss. Die Oedeme sind geschwunden.

Die Untersuchung der Augen ergiebt: Starke Einschrän-

kung der Schärfe; besonders links; excentrisches Sehen nach links aussen und oben eingeschränkt. Retinitis albuminurica.

Pat. soll mit Diätvorschriften auf ihren Wunsch entlassen werden; da bekommt sie am

6.: kurz vor der beschlossenen Entlaslassung um

6^{00} V.: einen eclamptischen Anfall von 1 Min. — Morph. mur. 0,03 subartan.

Urin seit 5. 4. 6^{00} Abds.: 600 cc., dunkel, stark eiweisshaltig und deutliche Cylinder enthaltend.

Oedem des linken Unterschenkels deutlicher; Gesicht gedunsen; Puls klein und frequent.

10^{00} V.: 20 Min. dauerndes Bad von 35^{0} R. Nasse, warme Decken. — Bald tritt Schweiss auf.

3^{00}: Urin seit 6^{00} M. 250 ccm. von noch gleich starkem Eiweissgehalt. — Leichter Schlaf; ziemlich beträchtliche Schweisssekretion.

7.: 2 Bäder von 25^{0} R. mit nachfolgender Einwicklung. — Urin während 1 Tages 750 cc. mit 2% Eiweiss.

8.: 2 Bäder von 35^{0} R.; Tagesmenge des Urins 1060 cc. mit 1% Eiweiss.

9^{00}: Klagen über Beklemmung beim Atmen. 0,01 Morph. per os.

9.: 5^{00} V.: eclamptischer Anfall; 0,03 Morph. subcutan. — Urin morgens 200 cc. mit 2% Eiweiss.

7^{0}: Sensorium benommen; zeitweise lautes Aufschreien; dann eine Pe-

riode grosser Unruhe; 0,01 Morphium subcutan.

10^{30}: Pat. schlummert; Sensorium etwas freier. 150 cc. Harn entleert mit 3% Eiweiss. Einwicklung in nasse Decken.

11^{00}: Erneuter heftiger eclamptischer Anfall von 1 Min. — Morph. 0,03 subcutan. Puls sehr wechselnd. — Nach dem Anfall tiefer Schlaf.

6^{00} N.: Pat. schläft zeitweilig fest. Starker Schweiss wird durch nasse Decken unterstützt. — Sensorium frei; 130 cc. Harn entleert; keine Wehen in den letzten Tagen.

10.: In der Nacht zeitweilig Schlaf; Pat. ist während des Wachseins ruhig.

4^{45}: springt Pat. plötzlich auf, verlässt das Bett und wird nur mit Mühe von einem Sprung aus dem Fenster zurückgehalten. — Morph. mur. 0,03 subcutan; zugleich Chloroform; einige Züge bewirken festen Schlaf.

5^{30}: Leichte, schnell vorübergehende Convulsionen.

7^{00}: Erneuter maniacalischer Anfall; sofort Chloroformnarcose. Seitdem halbstündig Perioden mit starker Aufregung. — Bei heftigen Ausbrüchen wird sofort Chloroformnarcose mit ausserordentlich raschem Erfolge angewandt.

12^{00} Chloroformnarcose behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

Urinmenge 120 ccm. mit 3% Eiweiss.

Kindliche Herztöne sind links noch von normaler Frequenz, jedoch nur leise zu hören.

Ein Jodoformgazetampon wird über den inneren Muttermund hinaus in den Uterus eingeführt. Die Portio ist 1½ cm. lang. Der Cervix für 2 Finger eben durchgängig.

12^{30}: 1 Bad von 30° R. 20 Minuten lang. Nasse Decken. Patientin ist während 1 Stunde ruhiger.

2^{00}: Aufregungsstadium; 0,01 Morph. innerlich. Ein Anfall wird durch Chloroformnarkose beendet.

Nachm.: mehrere maniakalische Anfälle; auch hier Chloroform von schnellem Erfolge.

Ziemlich kräftige Contractionen des Uterus deutlich nachweisbar. Urinmenge 420 ccm. mit 2% Eiweiss. Die Portio ist 1 cm. lang; neben dem Tampon ist ein Teil des Kopfes zu fühlen.

Gegen Abend sind die maniacalischen Erregungen so heftig, dass die sehr kräftig gebaute Patientin durch mehrere Personen nicht mehr zu bändigen ist.

7^{00}: wird daher die Zwangsjacke in Narcose angelegt.

8^{30}: 2 gr. Sulfonal, zweistündiger Schlaf.

10^{20}: Innere Untersuchung, Geringes Fortschreiten der Geburt; Portio immer noch nicht völlig verstrichen, Muttermund Zwei-Markstückgross. Herztöne werden nicht gehört.

11. 2^{00}: 1 gr. Sulfonal ohne grossen Erfolg. Wehen schwächer.

7^{00}: Patientin ist beim Wechsel des Warte-

personals sehr erregt. Zur Untersuchung wird die Narcose eingeleitet: Portio fast verstrichen. Muttermund 3-Markstückgross. Von der Frucht ist nichts, überall nur Tampon zu fühlen.

Die Einführung eines Bougies zur Verstärkung der Wehen misslingt wegen des Tampons; daher in derselben Intention heisse Scheidenirrigation mit 2½-procentiger Carbollösung von 40°. Kein deutlicher Erfolg.

Urin 450 ccm., Eiweissgehalt geringer.

8⁰⁰-12⁰⁰: ist Patientin ruhig und schläft zeitweilig. Wehen selten und schwach.

Nachm.: wieder maniakalische Erregungen und schwache Wehen.

6³⁰ N.: Portio endlich vollkommen verstrichen Muttermund für 2 Finger gut durchgängig. Tampon wird entfernt. Der Kopf steht über dem Beckeneingang. der Rücken links.

Die Blase wird gesprengt. Die Nabelschnur pulsiert nicht mehr.

Durch combinirte Wendung wird 1 Fuss herabgeholt.

Bald treten starke Wehen auf. Pat. wird sehr unruhig und lässt Urin unter sich gehen.

Erfolg.

12. 12¹⁵ N.: Spontane Geburt eines toten 2100 gr. wiegenden Kindes und der Placenta sofort nach der Frucht. Eine kleine Blutung aus einem Varix an der hinteren Scheidencommissur wird durch Umstechung gestillt.

2 gr. Sulfonal post partum erzeugen bald Schlaf. Durch den Katheter

wird eine geringe weniger Eiweiss enthaltende Menge Urin entleert.

9^{00} V.: Patientin wacht zeitweilig und ist noch immer sehr unruhig. Beschluss, sie in die Irrenanstalt zu bringen.

2^{00}: 3 gr. Sulfonal.

5^{00}: Ueberführung in die Provinzial-Irrenanstalt ohne Schwierigkeiten.

Die Patientin wird am 26./4. nach normal verlaufenem Wochenbette geheilt aus der Irrenanstalt entlassen; indessen ihr Urin enthält noch Eiweiss und Cylinder und die Retinitis Albuminurica ist auch noch vorhanden.

Fassen wir die in der Uebersichtstabelle gegebenen Resultate kurz zusammen, so sind die Indicationen gewesen 19 Mal Beckenenge, 6 Mal Respirations- und Circulationsstörungen, 1 Mal Struma, 1 Mal vollständige Bewegungsunfähigkeit bei Scheidenprolaps, 1 Mal Druck des schwangeren Uterus auf den Plexus sacralis und und 1 Mal ein schwerer Fall von Eclampsie und Manie.

Was die Methode anbelangt, so ist in nur 2 Fällen ohne Bougie versucht worden: in 11 Fällen leistete das Bougie allein gute Dienste: in anderen Fällen wurde es mit Vaginal- und Uterusdouchen, Kolpeurynter mit Lysollösung und oft noch mit unterstützender Scheidentamponade angewandt; bei den beiden Ausnahmefällen (ohne Bougie) genügte in einem Falle die Katherisatio uteri, in dem anderen Falle griff man zum alten Mittel der Pressschwämme. Die Injection von Glycerin wurde gleichfalls eines Versuches gewürdigt; doch brachte erst die nachfolgende Einführung des Bougies den gewünschten Erfolg. Man sieht also dass auch hier das Bougie nicht versagte.

Betreffs der Zeit der Einleitung wurde 2 Mal in der 28—30, 1 Mal in der 30, 2 Mal in der 32—33, 4 Mal in der 33., 3 Mal in der 33—34, 1 Mal in der 34., 2 Mal in der 33—35., 2 Mal in der 34—36., 7 Mal in der 35—36., 1 Mal in der 38—39 und einmal kurz vor Beginn der Eröffnungsperiode operiert. Im Mittel also entschloss man sich zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt für die 33—37. Woche. — Von den Müttern waren 8 I-gravida, 3 II-, 3III-, 1 IV-, 2 V-, 4 VI-, 2 VII-, 1 VIII-, 1 IX-, 2 X, 2 XII-gravidae; unter 30 Jahren waren davon 7, zwischen 30 bis 35 Jahren 14, 35—40 Jahre 9 und über 40 Jahre 3 Patientinnen.

Das Resultat der künstlichen Frühgeburten war folgendes: Bei den in der Klinik behandelten Müttern, von denen eine 2 Mal, die andere 3 Mal in besagtem Zeitraume einer künstlichen Frühgeburt sich

unterzog, starben bei 29 Geburten nur 2, und bei diesen beiden Fällen ist der letale Ausgang in dem einen wohl einer heftigen Pneumonie, in dem anderen einer schweren Nephritis zuzuschreiben, wenn schon hierbei auch wegen einer Conjugata von 6½ cm. der Geburtsakt ein äusserst langwieriger und schwerer war. Die übrigen Mütter wurden nach normalem Wochenbett von 9—14 Tagen, nur eine wegen Oedem und Ascites erst nach 1 Monat entlassen.

Weniger gut ist das Resultat für die Kinder, von denen etwa die Hälfte einem Exitus letalis nicht entging. Fassen wir hingegen diese 14 Todesfälle näher ins Auge, so können wir Fall 1,10 und 22 wegen zu früher Einleitung, Fall 3 wegen Nabelschnurphlegmone, Fall 16 wegen toter Frucht eigentlich ganz ausschliessen von der Mortalitätsstatistik, und von den anderen 10 Fällen lassen sich auch noch 8 durch die Länge und Schwere der Geburt (Zwillinge, Quer-Steiss- und Beckenendlagen) recht wohl erklären. Immerhin waren wohl diese Geburten, hätte man ihnen ihren natürlichen Lauf gelassen, bedeutend schwerer, bedeutend gefahrvoller für die Patientin geworden, wie bei den Multiparä die voraufgegangenen Geburten zeigen, und insofern war für sie die künstliche Frühgeburt nicht ohne Segen und Nutzen. Ferner sind ja von den lebenden Kindern manche für die Mutter nach mehreren Totgeburten mit schweren Eingriffen (Zange, Perforation und Kranioklasie) die ersten lebenden Kinder, das erste Mutterglück, die erste Mutterfreude. — Einer besonderen Beachtung ist noch der letzte Fall wert, wo wegen Eclampsie und schwerer maniacalischer Anfälle die künstliche Frühgeburt die den Exitus heraufbeschwörenden Anfälle herabminderte, ja teilweise gar aufhob.

Aus alle dem ist ersichtlich, das bei einer „lege artis“ vorgenommenen künstlichen Frühgeburt die Prognose für die Mutter fast in allen Fällen eine gute, für

die Kinder eine immerhin bessere als ohne dieselbe ist und man ihr daher wohl das Wort reden darf. Ganz unberechtigt erscheinen desshalb die Versuche Löhleins und Prochowniks, die künstliche Frühgeburt als gefährlich ganz aus dem Felde schlagen zu wollen, der eine durch künstliche Ernährung per rectum, der andere durch Diätentziehung wie bei Zuckerkranken. Für den grössten Teil unserer Aerzte bietet die Einleitung der künstlichen Frühgeburt doch so gute Chancen, dass sie nicht genug in Kliniken und Privatpraxis zur häufigen Anwendung empfohlen werden kann und ist mit Recht auch an Stelle der vor dem Bekanntsein der künstlichen Frühgeburten zur Umgehung des so oft letalen Kaiserschnittes eingeführten Symphyseotomie getreten.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Fritsch meinen herzlichsten Dank für die Ueberweisung und die gütige Durchsicht derselben auszusprechen. — Ganz besonderen Dank bitte ich auch noch Herrn Dr. Pletzer für die überaus freundliche Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit von dieser Stelle aus entgegenzunehmen.

Lebenslauf.

Am 3. November 1870 wurde ich, Fritz Rudolf Meissner, evang. Confession, in Bremen geboren als Sohn des jetzigen Oberbaurats Meissner und Agnes Meissner geb. Schlobach. Meine elementaren Kenntnisse erwarb ich mir in Bremen und besuchte später infolge der Versetzung meines Vaters das Gymnasium zu Münster und das Friedrich-Wilhelm-Gymnasium zu Köln a. Rh. bis Ostern 1891. Sodann widmete ich mich dem Studium der Medicin in Bonn, woselbst ich am 21. Februar 1893 das Tentamen physicum bestand. Das Sommer-Semester 1893 brachte ich in Greifswald, das Wintersemester 1893/94 in Halle a. d. S. zu. Im Sommer 1894 bezog ich wieder die Universität Bonn und bestand daselbst am 23. Februar das Examen rigorosum.

Meine akademischen Lehrer waren:

in Bonn: Binz, Eigenbrodt, Fritsch, Herz †, Jürgen-Bona-Meyer, Kekulé, Klinger, Köster, Ludwig, Nussbaum, Pflüger, Pletzer, Rein, Saemisch, Schaaffhausen †, Schiefferdecker, Schultze, Strasburger, Trendelenburg, Ungar, von la Valette St. George.

in Greifswald: v. Grawitz, Helferich, Krabler, Pernice,

in Halle: Bunge, Genzmer.

Allen diesen hochverehrten Herren meinen aufrichtigen Dank!